FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE N° 633

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Robert MIGNOT

Né le 9 Août 1921, à Pantin (Seine).

Présentée et soutenue publiquement le 1er *Juillet* 1948.

LES MANIFESTATIONS CUTANEES AU COURS DE LA FILARIOSE LOA

Président : M. LAVIER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : **MIGNOT.**

Prénom : **Robert.**

Date de soutenance : 1er Juillet 1948.

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

MIGNOT (Robert). — Les manifestations cutanées au cours de la Filariose Loa. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 79 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

MIGNOT (Robert). — Les manifestations cutanées au cours de la Filariose Loa. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 79 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

MIGNOT (Robert). — Les manifestations cutanées au cours de la Filariose Loa. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 79 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

MIGNOT (Robert). — Les manifestations cutanées au cours de la Filariose Loa. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 79 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Robert MIGNOT

Né le 9 Août 1921, à Pantin (Seine).

Présentée et soutenue publiquement le 1er *Juillet* 1948.

LES MANIFESTATIONS CUTANEES AU COURS DE LA FILARIOSE LOA

Président : M. LAVIER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN . . . . . Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE.
Cliniques médicales	BENARD (H.). LAROCHE (G.). HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS.
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET.
Clinique Stomatologique	DECHAUME.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	N...

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	TURPIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. CORDIER (*Anatomie*), BULLIARD (*Histologie*), DESOILLE (*Méd. légale*), DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	N... DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie méd.	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato-syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DEROBERT.
Neuro-chirurgie	PUECH.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.).
Pathologie chirurgicale	FEVRE. HUGUIER. LEGER.

	MM.
Pathologie chirurgicale	MERLE D'AUBIGNE. PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (Julien).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiatrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), GATELLIER (*Clinique chirurgicale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE. DE GAUDART D'ALLAINES. FUNCK-BRENTANO. MENEGAUX.
Clinique médicale	BOULIN. CHEVALLIER. COSTE.

	MM.
Clinique méd.	HAGUENAU. MOUQUIN.
Clinique obstétricale	ECALLE. LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	Mlle CHAINTREUIL.

Bibliothécaires en Chef	Dr A HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550021_0006

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A la Mémoire du Docteur Julien ISAY

Interne des Hôpitaux

Le souvenir de ses soins combien éclairés et de son admirable vocation de praticien n'a pas été étranger à notre orientation vers les études médicales.

A Monsieur le Professeur LAVIER

Professeur de Pathologie Exotique à la Faculté de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROUET

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail et nous a donné à l'hôpital Laënnec un enseignement médical dont nous garderons toujours le plus précieux souvenir.

Témoignage de notre profond respect.

A la Mémoire de mes regrettés Maitres,

les Professeurs :

Noel FIESSINGER

Professeur de Clinique Médicale

Médecin de l'Hôtel-Dieu

C'est sous sa haute direction que nous avons eu le bonheur de faire nos « premiers pas » en médecine.

Jean TROISIER

Professeur de Clinique de la Tuberculose

Médecin de l'Hôpital Laënnec

Nous avons beaucoup regretté de n'avoir pu profiter plus longuement de son enseignement clinique.

A Monsieur le Docteur BOUVET

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

Qui veut bien nous honorer de son amitié.

Avec l'expression de notre gratitude et de notre respectueuse admiration.

A Monsieur le Docteur TRICOT

Assistant des Hôpitaux de Paris

Nous ne saurions trop lui exprimer notre reconnaissance, pour sa bienveillance à notre égard.

Témoignage de respectueux attachement.

Je dédie cette thèse

INTRODUCTION

Le sujet de cette thèse nous a été inspiré par notre Maître, Monsieur le Professeur Agrégé BROUET, à propos d'une observation personnelle, dont il a bien voulu nous donner connaissance.

Il s'agit d'un malade ayant contracté, au cours d'un voyage au Sierra Leone, une filariose Loa, qui s'est manifestée essentiellement par des lésions cutanées, dont on put suivre de près l'évolution clinique.

Ces manifestations cutanées, qui ont fait évoquer le terme général de « gale filarienne », nous ont incité à rapporter cette observation remarquable, non seulement par ces troubles cutanés, leur intensité, leur permanence pendant sept ans, la guérison observée au bout de ce délai, mais aussi et surtout par l'étiologie qui s'avéra être la filariose Loa contractée par le malade dans une région d'endémicité, étiologie très peu connue encore à l'heure actuelle.

Nous avons essayé, à l'occasion de cette observation, de grouper les faits antérieurement signalés pour tenter de dégager les grands traits de ces dermatoses filariennes.

Ces dermatoses, dont la cause habituelle, aujourd'hui classique, et d'ailleurs seule mentionnée dans les traités, est l'onchocercose, sont bien connues des médecins coloniaux.

Par contre, les cas européens sont d'observation peu courante et peuvent être l'objet d'erreurs de diagnostic.

L'intervention de la filaire Loa dans l'étiologie de ces phénomènes cutanés est un fait entièrement nouveau, démontré par les quelques observations récentes que nous avons pu réunir dans la littérature et le cas que nous publions. Elles sont peu nombreuses et il semble bien y avoir à cette rareté une explication plausible : la difficulté fréquente du diagnostic de la filariose Loa, qui, plus souvent sans doute que l'onchocercose, peut passer inaperçue en raison de la pauvreté de ses manifestations cliniques. Tout peut se réduire, dans certains cas, à une éosinophilie sanguine; on ne retrouve pas toujours dans les antécédents les œdèmes de Calabar classiques, et les symptômes cutanés pourront apparaître alors comme isolés et primitifs.

Il y a tout lieu de penser que certains cas de prurigo chez des Européens revenant des contrées d'Afrique où sévissent ces filarioses et qui ont été considérés comme des arguments contre l'étiologie filarienne de ces éruptions, parce que ces sujets étaient indemnes d'onchocercose, auraient été en réalité imputables à la filaire Loa-loa, si l'on avait eu la notion de cette étiologie possible.

Nous verrons combien le diagnostic peut être aidé dans ces cas ambigus par l'usage des réactions biologiques, aujourd'hui mieux connues.

Aussi espérons-nous que les cas de filariose cutanée due à Loa-loa, non seulement chez des indigènes, mais aussi chez des Européens ayant vécu dans les régions où cette parasitose est endémique, feront l'objet de publications plus nombreuses dans l'avenir, grâce à une meilleure connaissance de ces faits, et qu'ainsi l'intérêt de notre modeste travail dépassera le cadre de la médecine purement tropicale.

Nous tenons à assurer ici notre Maître, Monsieur le Professeur Agrégé BROUET, qui nous en a fourni les principaux éléments et nous a guidé avec la plus parfaite bienveillance, de notre profonde et respectueuse gratitude.

OBSERVATION

Voici l'observation complète de notre malade, telle qu'elle a été recueillie par M. BROUET :

« M... S..., âgé de quatorze ans, de nationalité anglaise par sa mère, nous est adressé par le Docteur POIX le 19 décembre 1938, pour examen des lésions cutanées qu'il présente sur les membres inférieurs, associées à une éosinophilie sanguine de 60 %.

La mère de ce jeune garçon est passablement affolée parce que, lors d'un passage à Londres, le diagnostic de maladie de Hodgkin a été posé et le pronostic envisagé devant ses parents.

Le Docteur POIX a été frappé par la seule présence des lésions cutanées et ganglionnaires satellites sans qu'il existe de fièvre, de splénomégalie ou d'autres signes de la série hodgkinienne. Les ganglions ne rappellent d'ailleurs en rien ceux de la lymphogranulomatose maligne et l'examen radioscopique ne lui a montré aucune adénopathie profonde.

Ce garçon se présente à nous avec toutes les apparences d'une excellente santé sous la réserve des manifestations cutanées et ganglionnaires qu'il nous signale. Il pèse 48 kgs. 250, mesure 1 m. 58 et a une morphologie en tous points normale.

Les aires ganglionnaires intéressées sont les aires inguinales essentiellement et les deux régions axillaires. Il n'est constaté, au niveau du cou, que des micropolyadénopathies d'aspect banal. Pas de ganglion sus-épitrochléen. Dans chaque aine, on trouve, répartis dans les quatre groupes ganglionnaires classiques, une dizaine de ganglions volumineux, trois ou quatre d'entre eux atteignant le volume d'une amande dépourvue de sa drupe. Ces gan-

glions sont de consistance très ferme, cartilagineuse. Ils sont tous nettement séparés les uns des autres; il n'existe aucune périadénite; ils sont mobiles sur les plans profonds; le tégument peut être pincé à leur surface. Leur palpation est absolument indolore. Dans chaque aisselle, on trouve plusieurs ganglions aussi volumineux, ayant les mêmes caractères.

Accompagnant ces adénopathies, on est frappé par la dissémination sur les deux membres inférieurs de lésions papuleuses et papulo-vésiculeuses, beaucoup d'entre elles excoriées. Le nombre des éléments est considérable et, compte tenu des cicatrices de lésions antérieures, on peut dire qu'il n'existe pratiquement pas d'espace de peau saine.

Du fait de leur âge différent, l'aspect des éléments est polymorphe. Beaucoup d'entre eux ne représentent qu'une petite papule d'un ou deux millimètres de diamètre. Certaines sont excoriées dès ce stade; d'autres, plus volumineuses, plus saillantes, atteignent par leur base trois ou quatre millimètres de diamètre. Parfois, elles ont une petite vésicule en leur centre. Dans l'ensemble, l'éruption est plus « boutonneuse » que papuleuse. Tous ces éléments sont extrêmement prurigineux. Ils sont à la source d'un prurit nocturne inconscient et souvent irrésistible au cours de la journée.

Dans l'intervalle des éléments en évolution, on trouve une modification de la peau en rapport avec les poussées antérieures. La surface est un peu irrégulière lorsque les éléments ont récemment évolué. La peau est épaissie, quadrillée, de teinte lilacée du fait d'une lichénification associée secondairement.

Topographie.

Dans son ensemble, l'éruption s'étend sur une surface importante, atteignant : les membres inférieurs du haut en bas, où, comme nous l'avons vu, les poussées antérieures n'ont pratiquement laissé aucun intervalle de peau saine. Mais les pieds ne sont le siège que de rares éléments. Ces éléments sont également très nombreux sur les fesses, les lombes, à la partie inférieure de l'abdomen. La verge elle-même et le scrotum sont intéressés :

la peau est légèrement infiltrée. Sur le thorax et aux membres supérieurs, les éléments seront très rares, mais se produiront cependant.

L'interrogatoire révèle que, depuis le début, il s'est produit une série de poussées violentes, mais que, dans l'intervalle de ces poussées, il existe en permanence des éléments nouveaux, prurigineux, qui entraînent la constance d'éléments pathologiques en nombre toujours assez important sur les membres inférieurs, les lombes et les fesses.

Par ailleurs, l'examen minutieux des téguments ne révèle l'existence d'aucune tumeur.

Le reste de l'examen n'apporte aucun complément important : il n'existe pas de splénomégalie.

L'appareil respiratoire cliniquement et radiologiquement est tout à fait normal ; le cœur, la tension artérielle sont normaux. Aucun signe neurologique anormal. Aucun symptôme sensoriel anormal, en particulier aucun signe oculaire. Aucun trouble des fonctions digestives.

La palpation du foie et de l'abdomen est normale.

Nous ne trouvons dans cet examen aucun signe en faveur d'une maladie de Hodgkin. Nous demandons au laboratoire Leprat, le 19 décembre 1938, une nouvelle formule sanguine qui donne les résultats suivants :

Hématies : 4.320.000. Anisocytose légère et banale.

Valeur globulaire : 0,92.

Numération des leucocytes : 13.000.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires : 29,5 % dont 1 basophile.

Lymphocytes et moyens mononucléaires : 26 %.

Gros mononucléaires : 3,5 %.

Eosinophiles : 40 %. Myélocytes éosinophiles : 1.

Aucune autre forme jeune.

Conclusion : hyperleucocytose, avec forte éosinophilie. Prédominance modérée des éléments d'origine myéloïde.

« L'importance de cette éosinophilie, confirmant les premiers résultats enregistrés, les adénopathies importantes nous font évoquer une parasitose coloniale et, de fait, un puissant argument nous est fourni par l'étude des antécédents du malade : cet enfant a joui d'une parfaite santé, hormis les affections banales de l'enfance, jusqu'en 1936. A ce moment, il fait un séjour d'environ une année au Sierra Leone, et, dès son retour en France, en 1937, il présente les premières manifestations cutanées qui l'amènent à nous dix-huit mois plus tard.

Nous pensons alors qu'il s'agit d'une filariose tropicale et nous mettons en œuvre le moyen de diagnostic le plus sûr, la recherche des filaires. Nous confions cette recherche à Mme Andréani-Constantin, chef de laboratoire du Professeur Gougerot à la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis, qui a acquis l'expérience de cette recherche au cours de séjours aux colonies. Voici les renseignements fournis :

1) Examen du liquide séro-purulent d'une petite lésion de la jambe gauche : nombreux polynucléaires non altérés. Présence de staphylocoques.

2) Examen du sang périphérique prélevé à 16 heures : recherche d'embryons de microfilaires diurnes : néant.

3) Ce même sang, en frottis (coloré par la méthode de May-Grünwald-Giemsa) : présence de polynucléaires éosinophiles : 45 %.

4) Examen du sang prélevé par sangsue appliquée vers 24 heures (recherche de *Filaria Bancrofti*). Ce sang a été hémolysé, puis centrifugé. L'examen du culot ne révèle pas la présence d'embryons de filaires, ni diurnes, ni nocturnes.

L'insuffisance de ces renseignements nous incite à faire rechercher le ver dans des ganglions.

Le Docteur Patel pratique l'extirpation d'un des ganglions inguinaux droits. La moitié de ce ganglion est à nouveau confiée à Mme Andréani, qui ne peut mettre en évidence de micro-

filaires. L'autre moitié est confiée au Docteur DELARUE pour examen histologique, qui nous donne les renseignements suivants :

« Voici le résultat de l'examen histologique que vous avez bien voulu me confier. Ce ganglion rappelle très exactement ceux que j'ai vus en cas de filariose authentique. Je crois que ces constatations confirment votre diagnostic clinique.

Histodiagnostic n° 3.076 — M. S. — ganglion inguinal :

« Ce ganglion se montre histologiquement le siège d'une sclérose capsulaire et trabéculaire importante, faite d'un tissu conjonctif adulte, sans prolongement dans le tissu adipeux environnant, c'est-à-dire sans périadénite. L'architecture générale du ganglion est conservée et l'ordination lymphoïde corticale est normale, avec des follicules légèrement hypertrophiés. Mais par places, quelques formations lymphoïdes sont remplacées par un tissu de granulation de type subaigu, surtout constitué par des plasmocytes sans hyperplasie réticulaire nette. Les sinus médullaires et marginaux du ganglion sont très dilatés et bourrés d'éléments cellulaires macrophagiques provenant de la prolifération de l'endothélium.

« L'image réalisée est en somme celle d'une adénite subaiguë chronique. Mais une particularité histologique existe ici d'une manière fort nette : l'abondance considérable de cellules éosinophiles ; celles-ci peuplent les sinus, la pulpe ganglionnaire et se voient également dans certains vaisseaux lymphatiques. On n'observe pas de parasites dans l'aire du ganglion, mais la présence de cellules éosinophiles rend très probable leur présence dans les voies lymphatiques avoisinantes. Avec cette éosinophilie, l'adénite observée ici réalise l'image des adénopathies qui caractérisent certaines filarioses tropicales.

« Aucun groupement histologique de la lymphogranulomatose de Paltauf-Sternberg ne s'observe sur les coupes examinées ».

En résumé, quoique aucun signe direct n'ait pu être mis en évidence, on s'en tient au diagnostic de filariose, vraisemblablement à type Loa, du fait de l'absence de tumeur, mais avec certaines atypies, comme l'existence de ganglions importants.

Un traitement par le sulfarsénol est prescrit, l'enfant devant quitter Paris. Nous le perdons de vue du fait de la mobilisation. Pendant la guerre, en mars 1940, ce garçon, de passage à Paris, est envoyé par le Docteur Poix au Service de parasitologie de M. Roubaud à l'Institut Pasteur, où le Docteur Stéfanopoulo pratique la réaction de fixation du complément pour filariose et l'intradermo-réaction, qui, l'une et l'autre sont positives et confirment indirectement le diagnostic de filariose, les examens répétés de la sérosité retirée des lésions n'ayant jamais montré d'embryons filariens. Ces réactions font conclure également au Docteur Stéfanopoulo à la probabilité d'une filariose Loa-loa.

Après la signature de l'armistice, notre malade, sujet anglais, est arrêté et fait une série de séjours dans des camps de concentration.

La maladie continue à évoluer et nous avons même l'occasion de voir le malade au Val-de-Grâce en 1941 où au cours de son internement il a été hospitalisé par suite d'une poussée violente. Il a maigri d'une dizaine de kilos et souffre parallèlement de troubles dyspeptiques en rapport avec une mauvaise alimentation.

Notre malade est enfin libéré au début du mois de mars 1942, après quinze mois de captivité.

Les lésions de filariose nous apparaissent très diminuées à ce moment. Nous le revoyons au mois d'avril 1942, à l'occasion de troubles colitiques diffus qui l'empêchent d'avoir une alimentation normale et il continue à maigrir malgré l'amélioration de son régime.

Les lésions cutanées filariennes nous semblent alors en poussée, plus nombreuses qu'à l'examen du mois précédent. Revu le 22 mai 1942, puis les 1er juillet et 29 septembre 1942, notre malade vient alors à nous pour une nouvelle poussée importante de filariose cutanée, qui, pour la première fois, prend le caractère pustuleux, ecthymateux même en certains points, pour lesquels il est obligé d'utiliser de larges pansements. Il ne peut être soumis à un traitement actif général tel qu'on pourrait le tenter par l'anthiomaline ou les arsenicaux par exemple, du fait de sa vie clandestine et mobile.

Nous le revoyons le 8 avril 1943 : il va bien, l'état général s'est relevé. Les troubles digestifs ont disparu et, depuis deux à trois mois, la filariose semble en période de grand calme et, en effet, nous ne retrouvons que quelques rares éléments papuleux à la surface des membres inférieurs.

Le 28 septembre 1943, le malade vient nous annoncer que sa filariose semble avoir disparu et de fait il n'existe plus de lésions cutanées en évolution, mais de larges zones cicatricielles telles que nous les avons décrites ci-dessus. Par contre, les ganglions persistent.

Nous revoyons encore le jeune homme le 16 novembre 1943, puis fin 1944 : à ce moment, depuis dix-huit mois environ, aucune lésion cutanée ne s'est manifestée. Le prurit a disparu. La filariose semble véritablement guérie, encore qu'il persiste dans les deux aines des ganglions importants et quelques ganglions dans les aisselles ».

HISTORIQUE

Nous envisagerons suffisamment en détail, au cours de ce chapitre historique, le tableau clinique de la filariose cutanée, tel qu'il fut décrit dans l'onchocercose, pour n'avoir qu'à nous résumer dans le chapitre que nous consacrerons ensuite aux manifestations cutanées de la filariose Loa, où nous réunirons les principales observations publiées à ce sujet. Si ces observations permettent en effet d'élargir le cadre de cette pathologie filarienne, en faisant intervenir dans leur étiologie la filaire *Loa-loa* à côté de l'*Onchocerca volvulus,* naguère seule incriminée, du moins n'apportent-elles aucune modification sensible à la description clinique du syndrome cutané, bien connu aujourd'hui dans l'onchocercose, et qui s'avère être le même dans les deux affections.

PREMIERS TRAVAUX.

John O'NEIL, médecin irlandais, décrivait, dans le « Lancet », en 1875 (40), une dermatose qu'il avait eu l'occasion d'observer chez six sujets de la côte ouest africaine, désignée par ces indigènes eux-mêmes sous le nom de « craw-craw », et qui l'avait vivement frappé par son caractère très prurigineux et réfractaire à tout traitement.

Nous nous permettons d'emprunter à la monographie de MONTPELLIER et LACROIX (1922), la traduction

des lignes suivantes dont l'intérêt historique est indéniable :

« A première vue, un cas bien caractérisé ferait penser à une gale très étendue, en période de développement, la papule, la vésicule et la pustule se montrant tout d'abord entre les doigts, au devant des poignets et derrière les coudes, se rencontrant rarement sur la figure et toujours accompagnée de démangeaisons intenses. Il convient de dire que tous les cas examinés, six en tout, étaient des nègres chez qui le teint naturel de la peau masque la rougeur qui, dans le cas d'un blanc, entoure toute éruption accompagnée d'irritation. Les papules surgissent une à une, à des intervalles irréguliers, se développent jusqu'aux dimensions d'une tête d'épingle; elles sont dures au toucher, et, à cause de la raison mentionnée plus haut, paraissent être de la même couleur que les téguments environnants... La distribution séparée et éparpillée est la plus fréquente. Après environ deux jours, la papule se convertit en vésicule sans beaucoup grandir, et en deux jours la pustule se montre, s'étendant rapidement et s'unissant avec celles du voisinage immédiat. A l'apogée de la maladie, le grattage rompt les pustules et alors leur contenu libéré et desséché forme de grandes et très laides croûtes. Il n'y a pas grande différence, quant à la démangeaison entre la nuit et le jour; mais la fraîcheur de la nuit paraît plutôt diminuer l'irritation.

« ... On croit communément que toute personne infectée devrait pour obtenir la guérison se rendre au Cap de Bonne Espérance ou autre endroit frais.

« ... Ainsi la maladie deviendrait simplement latente, mais éclaterait de nouveau avec toute sa violence aussitôt que l'infortuné retourne à la chaleur des tropiques ».

« ... Le soufre, qui rend tant de services dans la gale, est ici d'une efficacité assez douteuse et les nos-

trums des « toubibs » indigènes souvent n'apportent aucune amélioration après six mois d'application ».

O'NEIL décrivait ensuite une filaire trouvée par biopsie cutanée et qui se localisait tout spécialement dans la base de la papule. Malheureusement, cette explication étiologique ne put être confirmée dans les années suivantes, la description du parasite trouvé par l'auteur n'ayant pas permis une identification précise, et en tout cas n'ayant pas permis à cette époque de rattacher l'affection à l'onchocercose, dont la description et la classification parasitologique étaient d'ailleurs encore à faire (l'*Onchocerca volvulus* n'a été décrite qu'en 1893 par LEUCKART).

O'NEIL semble bien avoir entrevu cependant les éléments essentiels de ce qui fut décrit ultérieurement sous le nom de « gale filarienne » :

— éruption papulo-vésiculeuse, puis pustuleuse;
— importance du prurit;
— évolution traînante, susceptible de récidives quasi-indéfinies;
— résistance à toute thérapeutique;
— évocation d'une étiologie parasitaire, quoique encore imprécise.

Mais il est à remarquer que la maladie décrite par l'auteur irlandais semble répondre non pas à la forme typique de la « gale filarienne » ou « prurigo filarien », mais à une forme clinique exceptionnelle, caractérisée, comme nous le verrons plus loin, selon MONTPELLIER et LACROIX, par la localisation aux mains, qui est inhabituelle, et l'importance excessive de la pustulation et de l'impétiginisation.

Aussi cette description ne semble-t-elle pas avoir retenu beaucoup à l'époque l'attention des médecins, tant dermatologistes que parasitologues ou spécialistes de pathologie exotique, et être à peu près tombée dans l'oubli.

Pendant de nombreuses années on a continué, comme le montre la diversité des observations publiées avec ce diagnostic, à rassembler sous l'appellation de « craw-craw » toute une série d'affections cutanées sévissant dans les régions de l'Afrique Equatoriale et Occidentale essentiellement, dont aucune ne rappelle l'affection décrite avec assez de précision cependant par O'NEIL, à tel point que le terme de craw-craw a bientôt perdu toute valeur nosologique.

C'est ainsi que MM. GOUGEROT et VOILLEMOT ont pu rapporter en 1914 (18) un cas de craw-craw, dont le diagnostic avait été porté d'ailleurs par des médecins sénégalais, comportant des lésions ulcéreuses, des abcès sous-cutanés fistulisés, siégeant au niveau des jambes, et où la lésion retenue comme typique de craw-craw était une papule unique « superficielle, rouge, arrondie, excoriée sur toute sa surface, plane, large de vingt millimètres; suintant une sérosité riche en polynucléaires, indurée et mollasse à sa base, douloureuse, inflammatoire ».

L'affection avait guéri sous l'influence d'un traitement local par le permanganate et l'action de l'hectine à l'intérieur.

Les auteurs signalaient à ce propos que JEANSELME et RIST, dans leur Précis de Pathologie Exotique, décrivaient sous le terme de craw-craw, d'une part l'affection étudiée par O'NEIL et ressemblant à la gale par ses symptômes prurigineux et, d'autre part, une affection se rapprochant du bouton d'Orient ou de l'ulcère des pays chauds.

Dans un article publié en 1917 (19), M. GOUGEROT insistait sur le peu de valeur nosologique du terme de craw-craw :

« On confond, disait-il, sous la rubrique de craw-craw des affections cutanées différentes :

— des papules exulcéreuses et des ulcérations spéciales;

— des ulcérations ecthymateuses développées sur placard d'épidermite microbienne exulcéreuse suintante;

— enfin des pyodermites végétantes... ».

L'auteur citait plusieurs observations de « soi-disant craw-craw », dont une chez un médecin colonial cependant averti de la question et qui n'étaient autres que des épidermites streptococciques, ce qui fut démontré par le traitement d'épreuve de ces affections.

M. Gougerot est revenu ultérieurement à plusieurs reprises (20 et 24) sur la nécessité de réviser et de dissocier les craw-craw en conseillant de compléter le nom de craw-craw d'un adjectif précisant sa nature (filarienne, strepto-staphylococcique, voire syphilitique, tuberculeuse ou mycosique...).

D'autres auteurs, plus méfiants encore à l'égard de ce mot d'origine populaire, y voyant une cause de trop de confusions regrettables, proposèrent, en raison de son imprécision, de le supprimer purement et simplement de la nomenclature médicale, en lui laissant la seule valeur qu'il a dans son pays d'origine (probablement le pays Akkra), où il désigne dans la langue indigène un grand nombre d'affections cutanées qui n'ont d'autre point commun que leur caractère prurigineux. Telle était, en particulier, l'opinion d'Ouzilleau, Laigret et Lefrou (42) et aussi celle de Joyeux et Sicé dans leur Précis de Médecine Coloniale.

Mais en 1920, dans une communication à la Société de Pathologie Exotique (34), Montpellier et Lacroix s'appuyant sur l'étude de quinze sujets noirs, originaires d'A. O. F., reprirent la description primitive de O'Neil et purent la confirmer dans une large mesure et en montrer tout l'intérêt clinique et nosologique, tout en y apportant les modifications qui résultaient de

l'étude de leurs cas, et, dans l'ensemble, plus de précision dermatologique (1).

Mais surtout ils affirmèrent, en apportant à l'appui de leur thèse des arguments de grande valeur, que la cause de cette affection cutanée résidait dans l'onchocercose dont leurs malades étaient atteints. La description clinique de O'Neil se trouvait ainsi complétée d'une notion étiologique précise qui lui avait fait jusqu'alors défaut, d'où sa fragilité primitive.

La « gale filarienne » de Montpellier et Lacroix.

1. — *Tableau clinique.*

Les quinze sujets qu'étudièrent ces auteurs, au Centre Dermatologique de la Division d'Alger, étaient originaires du Sénégal, du Niger et du Dahomey, et hospitalisés comme galeux. Leur éruption ressemblait en effet à la gale, mais « s'en distinguait cependant à un examen attentif ».

Les lésions constatées sont à peu près les mêmes dans tous les cas et comportent :

a) Un état « chagriné » de tous les téguments, principalement au niveau des régions fessières, lombaire et des flancs, provoqué par « l'exagération des hachures normales de la peau », sans pachydermie proprement dite. Les auteurs notent, en outre, un aspect dépoli, « poncé », fait d'une desquamation extrêmement fine due vraisemblablement au grattage, parfois des

---

(1) Il faut signaler qu'en 1917, plusieurs années avant le travail de ces auteurs, Kérandel, à propos d'un cas de craw-craw fort douteux présenté par le Docteur Marty à la Société de Pathologie Exotique (33), avait insisté sur la confusion qui régnait autour du craw-craw et montré le bien fondé de la description de O'Neil dont il avait pu lui-même apprécier l'exactitude, ayant été atteint d'une affection en tous points semblable.

squames plus larges en certains points, rarement lamellaires, donnant alors un aspect craquelé.

b) Sur ce fond, des papules d'abord très plates, à contours arrêtés par les hachures de la peau, non squameuses, brillantes, pseudo-lichénoïdes.

Puis ces papules s'accentuent, se vésiculisent et se pustulisent et, enfin, le plus souvent, se dessèchent.

« On a alors une série de petits éléments papuleux miliaires disséminés sans ordre, surmontés d'une squame-croûte minuscule, contenant parfois des traces de sang. La croûte éliminée, la papule apparaît creusée d'une petite excavation de teinte gris saumoné.

c) « En outre de ces éléments miliaires, on en trouve d'autres beaucoup plus gros, pouvant atteindre les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Ce sont toujours des papules, mais très plates, à peine surélevées, recouvertes d'une croûte gris-jaunâtre, adhérente, comme enchâssée dans la peau. Arrachée, elle met à nu une ulcération superficielle qui saigne assez abondamment ».

Certains éléments ont un aspect cicatriciel :

« Ces cicatrices, petites ou grandes, plus ou moins leucodermiques et ombiliquées, sont sur certains sujets très abondantes et se rencontrent naturellement là où la papulo-pustulation siège de préférence (avant-bras, lombes, fesses). Sur un de nos sujets, les régions fessières étaient criblées de ces cicatrices confluentes ».

La topographie de cette éruption est assez bien définie et présente une certaine constance :

— Prédominance au niveau du tronc et des membres, surtout sur leur face postéro-externe. Le cou, la nuque, les régions parotidiennes sont aussi fréquemment touchées. Le cuir chevelu, la face, les organes génitaux, les faces palmaires et plantaires, les espaces interdigitaux, les poignets sont généralement respectés, de même que les muqueuses.

A titre de variante, les auteurs signalent certains cas où la vésiculation est plus marquée et plus durable, ou apparaît d'emblée sans papulation initiale bien nette ou sur des papules à peine ébauchées. L'éruption siège alors plus volontiers au niveau du dos des mains et des doigts. Comme nous l'avons signalé, il semble que ce soit cette forme particulière qui ait été surtout entrevue par O'NEIL dans la description dont nous avons parlé.

Mais les *formes cliniques* se réduisent essentiellement et schématiquement à deux :

— une forme jeune, que caractérise la prédominance des éléments éruptifs papulo-vésiculeux et prurigineux avec leurs poussées successives;

— une forme ancienne, où ce sont les modifications à type de lichénification étendue et diffuse de la peau, qui l'emportent, des cicatrices plus ou moins nombreuses témoignant des poussées éruptives antérieures.

Bien entendu, tous les intermédiaires peuvent se voir selon l'âge de la maladie et, sans doute, les caractères propres à la peau de chaque malade.

Le prurit, parfois violent et survenant par accès de huit à quinze jours, est souvent relativement atténué chez les malades étudiés par MONTPELLIER et LACROIX, fait qui leur paraît dû à une susceptibilité cutanée peut-être moins grande que celle des blancs, ou au « caractère indolent de la race elle-même ». On ne trouve pas de traces de grattage comme on en trouve dans la gale. Les téguments semblent résister d'une façon surprenante aux infections exogènes : les pyodermites sont rares.

En dehors de ces symptômes cutanés, on trouve fréquemment une adénopathie inguinale et surtout crurale, dure, sans périadénite.

L'éosinophilie sanguine est constante et varie de 5 à 40 %.

L'état général est indemne dans les cas étudiés, sauf au moment des accès de prurit où l'on observe un certain fléchissement, parfois un peu de fièvre.

2. — *L'étiologie : arguments donnés par* MONTPELLIER *et* LACROIX *en faveur du rôle de l'onchocercose.*

Les biopsies cutanées que les auteurs pratiquèrent montrèrent toutes la présence de microfilaires, siégeant exclusivement dans les couches papillaires et sous-papillaires du derme, restant absolument indépendantes du réseau vasculaire et absentes dans le sang prélevé de jour et de nuit.

Les parasites étaient assez nombreux pour que la recherche fut facile, chaque coupe pouvant en contenir jusqu'à dix ou quinze.

La topographie était assez paradoxale : parasites nombreux sur les points d'apparence simplement « chagrinée » et donnant peu de réaction inflammatoire malgré leur nombre, très rares au contraire au cœur des grosses papules suppurantes. Aussi les auteurs pensèrent-ils que le parasite n'était pas responsable de l'éruption par son action directe sur le derme, mais par l'intermédiaire du prurit et du grattage.

Quelques ponctions ganglionnaires restèrent sans résultat.

Nous ne saurions entrer ici dans la description du parasite en cause, le but de notre travail étant purement clinique. Mais les auteurs, se fondant essentiellement sur ses caractères morphologiques, l'identifièrent à la microfilaire d'*Onchocerca volvulus* et affirmèrent alors que la volvulose était responsable de la dermatose étudiée, mais ne purent cependant mettre en évidence les kystes filariens que dans un seul de leurs cas.

Comme nous allons le voir, ce sont ces points de pathogénie et d'étiologie qui donnèrent lieu aux plus importantes controverses. Avant de les résumer, signalons qu'après cette première communication, MONTPELLIER et LACROIX publièrent un second travail basé sur l'étude de cent cinquante-six nouveaux malades (1), où ils confirmèrent leurs premiers résultats (36), et résumèrent l'ensemble de leurs travaux dans une monographie parue à Alger en 1922 (38), où ils répondaient aux premières objections qui leur avaient été faites.

RÉSUMÉ DES DISCUSSIONS QUI FURENT SOULEVÉES AU SUJET DE LA « GALE FILARIENNE ».

Loin d'être admise d'emblée, la description de MONTPELLIER et LACROIX fut l'objet de critiques, dont les unes s'adressèrent à l'étiologie invoquée, les autres au tableau clinique lui-même.

1. — *Le rôle de l'onchocercose dans l'étiologie* de la dermatose nouvellement décrite fut tout d'abord contesté par M. BRUMPT au cours même de la séance de la Société de Pathologie Exotique où les auteurs algérois rapportèrent leurs observations (34).

M. BRUMPT reconnaissait le bien fondé de la description clinique de ces auteurs et acceptait le mot de « gale filarienne », qu'il considérait comme heureusement dégagée de la confusion qui régnait jusqu'alors dans ces dermatoses, et individualisée d'une façon définitive.

---

(1) Cette série de cent cinquante-six sujets originaires d'A.O.F. leur permettait quelques précisions statistiques : « Sur cent cinquante malades présentant des lésions cutanées, quatre-vingt dix-huit ont été reconnus porteurs de kystes filariens, six sujets avaient des kystes sans trace d'éruption. Cela fait 65 % de « galeux filariens » chez lesquels la palpation révèle l'existence de kystes à *Onchocerca volvulus* et seulement 4 % de porteurs de tumeurs-mères indemnes de gale filarienne ».

Mais il se refusait à identifier, comme le faisaient MONTPELLIER et LACROIX, la microfilaire étudiée aux microfilaires d'*Onchocerca volvulus*, fondant son opinion sur deux faits :

1°) Tous les porteurs de kystes d'*Onchocerca volvulus* ne présentent pas de gale filarienne;

2°) Cette dermatose se rencontre couramment dans de nombreuses régions d'Afrique où la volvulose n'existe pas.

Il fallait donc, selon M. BRUMPT, pour pouvoir affirmer que la dermatose décrite par les auteurs d'Alger était une manifestation de l'onchocercose, démontrer que tous les porteurs de tumeurs à *Onchocerca volvulus* présentent l'éruption provoquée par les microfilaires et que tous les sujets atteints de cette affection cutanée sont porteurs d'onchocerques (5).

M. BRUMPT rappelait en outre le cas d'un nègre originaire de la Gold Coast qu'il avait ramené en France en 1903, atteint de maladie du sommeil et d'un « Kra-Kra » typique, mais ne présentant aucune tumeur à *Onchocerca volvulus* et dont l'autopsie avait permis par contre de découvrir un assez grand nombre de Loa-loa.

MONTPELLIER et LACROIX mirent en doute l'authenticité du craw-craw de ce nègre, en raison de la signification jusqu'alors trop mal définie de ce mot, qu'il était difficile d'identifier avec certitude à leur « gale filarienne ». L'objection selon laquelle on rencontrait le « craw-craw » dans des régions indemnes de volvulose leur paraissait, pour la même raison, sans valeur, ce mot servant à désigner couramment un grand nombre d'affections, la plupart différentes de la dermatose dont ils venaient de donner une description précise. Ils remarquaient, en outre, que la situation souvent profonde des kystes onchocerquiens et la difficulté de leur découverte à l'examen le plus minutieux suffi-

saient à expliquer leur absence apparente dans un certain nombre de cas de « gale filarienne » (1). Enfin, la microfilaire qu'ils avaient trouvée dans le derme de leurs malades ne pouvait avoir rien de commun avec la « Filaria loa » trouvée dans le cas de M. BRUMPT, et dont la microfilaire est rigoureusement sanguicole.

Il était plus difficile d'expliquer pourquoi tous les porteurs de kystes d'*Onchocerca volvulus* ne présentent pas de symptômes cutanés. Cependant, les auteurs firent remarquer que, selon leur description, les agents responsables de l'éruption étaient les microfilaires disséminées dans le derme, par le prurit qu'elles entraînaient, et non pas les tumeurs-mères. Or, ils montrèrent, par de nouveaux cas, que certains sujets étaient porteurs de kystes, n'ayant malgré cela aucune microfilaire dans le derme, ce qui s'expliquait par l'existence de kystes inféconds, ne contenant pas un couple de vers adultes, et de kystes ayant subi une dégénérescence, parfois fibreuse et même calcaire, après la mort des parasites qu'ils contenaient. Il était clair que de tels kystes pouvaient parfaitement n'être générateurs d'aucune éruption cutanée.

Mais remarquons, en outre, dès maintenant, que cette objection, sans doute importante, de M. BRUMPT ne tirait toute sa valeur que de la conception pathogénique, alors seule envisagée, selon laquelle les microfilaires étaient responsables, soit par leur action directe sur le derme, soit par l'intermédiaire du grattage, des phénomènes éruptifs. Nous verrons plus loin quels éclaircissements ont été apportés sur ce point par l'hypothèse, ultérieurement proposée, de phénomènes de sensibilisation et du rôle de l'allergie. Dès ce moment d'ailleurs, les auteurs insistaient sur l'importance du « facteur personnel » dans la genèse de ces éruptions.

---

(1) Environ 1/4 des cas d'après leur statistique de cent cinquante malades.

2. — *L'individualité clinique* même de la gale filarienne fut par contre mise en doute par d'autres auteurs, notamment OUZILLEAU, LAIGRET et LEFROU (42). Ces auteurs ont bien observé des lésions cutanées chez les volvuleux qu'ils ont étudiés dans la région de Brazzaville mais, loin de considérer le prurit et les lésions de prurigo comme des manifestations particulières à l'onchocercose, et bien que les ayant fréquemment rencontrées dans cette parasitose, elles ne leur paraissaient pas revêtir un « caractère assez constant, non plus qu'une forme assez « spéciale » pour lui être rattachées. Par contre, ils décrivaient comme particulières à la volvulose des modifications de l'épiderme aboutissant à une « pseudo-ichtyose assez analogue à la xérodermie sénile et qui se caractérise par la présence de lamelles épidermiques brillantes, non squameuses, séparées par des plis extrêmement marqués », souvent associées à « des zones d'achromie en taches répandues sur les membres, rappelant la morphéa-alba lépreuse », le tout observé, bien qu'à des degrés divers, chez des volvuleux profondément et depuis longtemps infestés.

Quant à l'envahissement du derme par les microfilaires mis en évidence par les auteurs d'Alger chez leurs malades, ils l'avaient eux-mêmes reconnu et confirmaient leurs recherches sur ce point, mais montraient que cette infestation était quasi-constante chez tous les onchocerquiens, atteints ou non de lésions cutanées. Du moins sa fréquence dépassait-elle de beaucoup celle des éruptions cutanées.

Tous ces points de vue furent encore contestés par MONTPELLIER et LACROIX dans une nouvelle communication à la Société de Pathologie Exotique (séance du 8 novembre 1922) dans laquelle ils affirmèrent que :

1°) Sur leurs cent cinquante sujets, tous n'étaient pas porteurs de microfilaires dans le derme, bien que

porteurs de tumeurs-mères indubitables. D'autres porteurs de kystes, présentant à un premier examen une parasitose dermique abondante, n'en montraient plus trace quelques semaines plus tard;

2°) Les zones d' « achromie en tache » ou leucodermies n'ont aucun rapport avec la volvulose, et sont dues à de nombreuses autres causes;

3°) La « pseudo-ichtyose » d'OUZILLEAU répond à ce qu'ils ont appelé « état chagriné »;

4°) Enfin, pour un observateur averti, leur « gale filarienne » se distingue parfaitement, même cliniquement, de tous les autres prurigos qu'on observe chez les noirs.

Toutes ces affirmations étaient renouvelées avec énergie par SAUVAGET, élève de MONTPELLIER, dans sa thèse en 1926 (51).

Cependant, la présence fréquente des microfilaires, même en l'absence de tout symptôme cutané, a été confirmée ensuite par plusieurs auteurs dignes de foi, notamment les auteurs belges RODHAIN et DUBOIS (49); BLACKLOCK au Sierra Leone, BLANCHARD et TOULLEC au Congo Français (1).

De même, les symptômes cutanés décrits par OUZILLEAU et LAIGRET chez les volvuleux avaient été signalés vers la même époque par DUBOIS (1916-1917), par RODHAIN (1915) au Congo Belge, principalement dans le Haut Ouellé. Ils ont été observés encore ultérieurement, comme nous allons le voir, par d'autres auteurs.

LES TRAVAUX ULTÉRIEURS.

Très nombreux et s'appuyant sur de multiples observations, ils ont dans l'ensemble largement confirmé les résultats des premières recherches et concilié les opinions primitivement opposées, au point de vue clinique aussi bien qu'étiologique.

La dermatose décrite par MONTPELLIER et LACROIX a été retrouvée par de nombreux auteurs qui ont adopté tantôt le terme de « gale filarienne », tantôt celui de « prurigo filarien », parfois encore celui de « craw-craw ». Elle est d'observation courante et bien connue des médecins coloniaux, dans les régions où sévit l'onchocercose.

Citons les travaux de P. RICHET, qui a étudié l'affection dans la Haute Côte d'Ivoire (43) ; ceux de RODHAIN et ses collaborateurs HOUSSIAU, DUBOIS, VALCKE (47 à 50) qui l'ont étudiée au Congo Belge; D'HOOGHE l'a également bien étudiée dans les mêmes régions (12) ; HISSETTE étudiant surtout les manifestations oculaires de l'onchocercose, a cependant signalé les aspects cutanés (25).

D'autre part, les manifestations cutanées qu'OUZILLEAU et LAIGRET avaient décrites dans l'onchocercose et qu'ils opposèrent à la « gale filarienne » ont été observées à nouveau, notamment par LAIGRET au Soudan (29), RICHET à la Côte d'Ivoire, HISSETTE au Congo Belge (25).

RICHET, en particulier (43), a observé, dans des villages très infestés du cercle de Tenkodogo dans la Haute Côte d'Ivoire, une forme particulièrement accentuée de ces lésions qui comportent, outre la simple lichénisation, de nombreuses variétés de l'ichtyose, depuis la xérodermie jusqu'à l'ichtyose nitida et le sauriasis, et dont il donne une description non dépourvue de pittoresque, dont nous extrayons ces quelques lignes :

« Ces lésions arrivent à se généraliser et des malheureux présentent, à la longue, de hideux aspects qui nous avaient été signalés dès notre arrivée dans la région.

« Presque tous les habitants du village de Niarba, proche de la Volta Blanche et de plusieurs marigots,

offrent un aspect repoussant dû à une lichénisation et à une ichtyose très étendues avec pyodermites surajoutées. Certain administrateur était tellement effrayé par le tégument de ces « hommes-caïmans » qu'il n'osait camper dans le village, ni même y accepter, au passage, le traditionnel poulet de bienvenue... ».

L'auteur, loin d'opposer, comme OUZILLEAU et LAIGRET, ces manifestations cutanées à la « gale filarienne », conclut qu'à son sens celle-ci existe bien et qu'il s'agit là de deux aspects cliniques répondant à des stades différents de la parasitose, variables suivant le terrain sur lequel elle évolue, et pouvant comporter de nombreuses formes intermédiaires.

Il semble donc qu'on soit autorisé aujourd'hui à voir dans le « prurigo filarien » d'une part, dans les manifestations cutanées chroniques à type de « pseudo-ichtyose » d'autre part, deux formes cliniques de ces dermatoses filariennes.

La première est une forme aiguë, correspondant à une infestation récente et survenant sur une peau sensibilisée.

La seconde serait l'apanage de cas invétérés, le résultat d'une longue évolution aboutissant à de profondes modifications de la peau, chez des peuplades exposées à de permanentes réinfestations, et prédisposées peut-être à ces formes particulières par des facteurs raciaux.

Il ne s'agirait là, en un mot, que de modalités particulières de la forme chronique à prédominance de lichénification et de pachydermie, envisagée déjà par MONTPELLIER et LACROIX.

Quant au rôle étiologique de l'onchocercose dans ces syndromes cutanés, il semble avoir été admis par la plupart des auteurs, en raison de la fréquence avec laquelle ces dermatoses se rencontrent chez les sujets qui présentent soit les kystes de l'onchocercose, soit des

microfilaires dans leur derme, et cela bien qu'on soit tombé d'accord sur l'absence de spécificité véritable des signes cliniques observés, qui par eux-mêmes ne sont aucunement pathognomoniques de la filariose.

Mais les arguments de beaucoup les plus solides ont été fournis par la publication d'un certain nombre de cas de filariose cutanée chez des Européens, retour de la colonie, atteints d'un syndrome cutané, le plus souvent du type papulo-vésiculeux et prurigineux, et d'une onchocercose dont il était possible d'affirmer l'existence, soit cliniquement par la découverte de kystes, soit par des examens spéciaux, tels que la biopsie cutanée ou les réactions biologiques, dont nous parlerons plus loin (cuti-réaction et réaction sérologique de déviation du complément).

Chez ces malades, l'onchocercose et les phénomènes éruptifs continuent souvent à évoluer simultanément avec des alternatives d'accalmies et de rechutes, pendant un temps fort long après leur retour, et il est généralement possible d'affirmer l'absence de toute autre parasitose ou de toute autre cause pouvant justifier les lésions observées, ce qui le plus souvent n'est pas le cas des indigènes de l'Afrique Equatoriale.

De tels exemples apportent la démonstration quasi-expérimentale de l'existence d'un syndrome cutané qui, bien que dépourvu de caractères pathognomoniques, n'en est pas moins la conséquence de l'infestation filarienne.

Parmi les observations publiées, citons celles de Rodhain et Houssiau en 1930 (n° 47), puis de Rodhain et Dubois en 1931 : sur huit Européens ayant contracté l'onchocercose au Congo Belge, quatre ont présenté « des phénomènes cutanés bien appréciables et pouvant rentrer dans le cadre de la gale filarienne, c'est-à-dire prurigo chronique avec papulation, excoriation et un certain degré de lichénisation ».

— A ces huit cas, RODHAIN et VALCKE, en 1935 (n° 50) en ajoutent quatre nouveaux dont un avec « prurigo chronique d'une intensité remarquable ».

— Six cas d'onchocercose contractée dans l'Uélé par des Européens sont publiés par d'HOOGHE en 1934 (n° 12). Le prurigo existait chez trois d'entre eux.

LES RÉACTIONS BIOLOGIQUES.

L'étude de ces syndromes cutanés filariens a orienté de nombreux auteurs vers la recherche de phénomènes de sensibilisation, dans le double but de trouver une explication pathogénique et une méthode de diagnostic. Ces travaux ont abouti à la mise au point de réactions sérologiques et surtout cutanées d'une utilité diagnostique certaine.

Les premiers, RODHAIN et VAN DEN BRANDEN ne sont engagés dans cette voie dès 1916 (n° 45), cherchant à déceler des modifications sérologiques chez les filariens.

MONTPELLIER et BÉRAUD, en 1921 (n° 37), utilisant comme antigène un extrait aqueux de kystes filariens, constatent l'existence d'anticorps dans le sang.

Mais c'est RODHAIN et A. DUBOIS, en 1931 (n° 49), qui pour la première fois, en se fondant sur les phénomènes déjà connus, de sensibilisation générale dans d'autres verminoses (schistosomiase, échinococcose), songent à interpréter le prurigo filarien comme un phénomène de nature allergique et cherchent à mettre celle-ci en évidence par une cuti-réaction. Ils emploient successivement la cuti-réaction, puis l'intradermoréaction, qu'ils trouvent supérieure. Ils utilisent différents antigènes : corps d'Onchocerca v., de Loa-loa desséchés, d'ascaris humains, mais ne peuvent tirer de leurs expériences aucune conclusion ferme.

C'est alors que l'utilisation d'un antigène extrait de *Dirofilaria immitis*, filaire du chien, permet à FAIR-

LEY (16) et à TALIAFERRO et HOFFMAN d'obtenir des intradermo-réactions des plus nettes, du type urticarien, qui s'accompagnent d'une réaction plus tardive du tissu sous-cutané rappelant les « Calabar swellings ».

L'emploi de cet antigène facile à se procurer permet la multiplication des expériences et confirme l'intérêt de ces réactions : VAN HOOF, en 1934 (n° 58), introduit la réaction de déviation du complément. D'HOOGHE (n° 12), utilisant à nouveau comme antigène *Onchocerca v.*, mais en solution fraîche, obtient des intradermo-réactions très nettes chez des Européens atteints d'onchocercose et note qu'elles persistent longtemps chez les personnes très sensibles, atteintes d'éruption et de prurigo; la réaction est plus fugace chez les autres. La réaction est également beaucoup plus violente chez les sujets atteints d'éruption prurigineuse que chez les sujets indemnes. Essayée chez des sujets porteurs de Loa-loa, la réaction se montre très violente. Ce dernier point est confirmé par BRUYNOGHE (n° 7).

Les auteurs ont été d'accord pour reconnaître :

1°) Que ces réactions sont des réactions de groupe, communes à toutes les filarioses humaines, ce qui restreint leur valeur diagnostique;

2°) Qu'elles sont plus accentuées chez les sujets atteints de prurigo;

3°) Qu'elles sont particulièrement nettes dans la filariose Loa et peuvent rendre tout spécialement service dans le diagnostic de celle-ci, à condition de s'associer à d'autres arguments.

Nous voyons donc, au terme de cette étude historique, que l'existence d'un syndrome cutané, fait de signes variables mais assez fréquemment retrouvés au

cours de l'onchocercose pour être rapportés à cette filariose, est un fait aujourd'hui bien établi.

Moins solide est le terrain du mécanisme pathogénique de ces phénomènes éruptifs, auquel se trouvent directement liés d'ailleurs les travaux sur les réactions de sensibilisation dont nous venons de parler. Nous résumerons plus loin, très succinctement, l'ensemble des discussions et les hypothèses auxquelles ce problème a donné lieu.

Mais d'autres faits sont intervenus ces dernières années, qui introduisent une notion nouvelle : le rôle de la filaire *Onchocerca volvulus,* quoique certain, n'est pas exclusif dans l'étiologie de ces dermatoses, mais en réalité partagé avec la filaire *Loa-loa.* Cette dernière est en cause dans un pourcentage de cas qu'il n'est pas encore possible d'évaluer, en raison du petit nombre d'observations publiées.

Nous les avons réunies et c'est ce chapitre nouveau, objet principal de notre travail, que nous allons aborder maintenant.

LES MANIFESTATIONS CUTANEES AU COURS DE LA FILARIOSE LOA-LOA

I. — Les faits cliniques.

L'observation que nous avons publiée au début de ce travail a fait l'objet d'une communication du Docteur Stéfanopoulo, en 1942, à la Société de Pathologie Exotique (séance du 22 avril) et se trouve ainsi connue comme la première observation publiée d'un prurigo dû à la filariose Loa (1).

M. Brouet nous a montré l'intérêt qu'il y avait à revenir sur cette observation exceptionnelle, dont il avait en main tous les éléments cliniques depuis le début, nous permettant d'en donner un récit suffisamment précis et détaillé.

Avant d'étudier les autres observations que nous avons pu relever dans la littérature, il faut remarquer l'intérêt possible de celle qui fut rapportée par M. Brumpt, en 1903, et dont nous avons eu l'occasion de parler déjà au chapitre précédent. Comme nous l'avons

(1) Il faut signaler cependant que, avant qu'aucune observation n'ait été publiée, Van den Berghe, dans son mémoire de 1941, écrivait : « Les éruptions prurigineuses ne sont nullement pathognomoniques de l'onchocercose. Il semble bien que des prurigos peuvent avoir une origine filarienne autre — loa ou perstans — ou résulter d'une réaction anaphylactique due à quelque antigène non décelé ».

vu, il s'agissait d'un nègre originaire de la Côte de l'Or, atteint de trypanosomiase et d'un « Kra-Kra typique », mais indemne d'onchocercose, et dont l'autopsie minutieuse avait révélé l'infestation par un assez grand nombre de filaires Loa adultes.

Peu de détails cliniques sont donnés sur les symptômes cutanés dont ce nègre était atteint, ce qui ne permet pas d'affirmer s'il s'agissait bien là de la dermatose dont nous nous occupons. Sous cette réserve, on pourrait être autorisé à voir dans cette observation ancienne le tout premier cas publié de prurigo filarien consécutif à la filariose Loa.

En 1932, THOULON (53) rapportait plusieurs cas intéressants de filariose Loa observés au Gabon chez des Européens et qui comportaient, en plus d'œdèmes fugaces particulièrement pénibles, des manifestations de prurit généralisé avec éruptions papuleuses. Chez l'une de ses malades, les premiers symptômes s'étaient manifestés un an après son arrivée dans la région, et, plusieurs mois après son retour en Europe, les accidents réapparaissaient avec plus d'acuité : des crises de prurit généralisé intolérable, avec éruptions de papules et lésions de grattage, aboutissaient à un « état de nervosisme marqué avec état général médiocre ».

L'auteur, malgré cette description cependant évocatrice, ne faisait pas remarquer l'analogie de ces symptômes avec ceux de la « gale filarienne » déjà connue.

Plus probants sont les deux cas publiés par les auteurs belges G. VALCKE et A. DUBOIS, en 1942. Nous reproduisons ici, en raison de son intérêt, l'observation du premier de ces deux cas :

« Mad. C..., vingt-sept ans. Consulte en août 1942 pour prurigo et est hospitalisée à la clinique.

Antécédents héréditaires et personnels sans intérêt. Séjourne un an et demi dans l'Uélé en 1938-1940. Pas de maladies, sauf,

sur le bateau de retour, deux crises de malaria. Retour en Europe en mars 1940.

Première grossesse, se terminant normalement le 4 juillet 1940.

Maladie actuelle.

Début en avril 1941 : urticaire localisée, puis prurit, lésions de grattage, lésions érosives, lichénisation rapide. Eosinophilie 23 %. En juillet 1941, gros œdème du bras droit de nature imprécisée (a été traitée au rubiazol). En août 1941, examen négatif, cliniquement et par scarification cutanée pour *Onchocerca volvulus* (Docteur Dubois).

Une deuxième grossesse (qui se terminera fin octobre 1941) étant intervenue, il y a une grosse amélioration depuis la fin de cette grossesse jusqu'en décembre 1941. A ce moment l'allaitement est interrompu à cause de fièvres de nature indéterminée et le prurit reprend. Eosinophilie 33 %.

En janvier 1942, gonflement fugace précédé de démangeaisons, à la main. Depuis lors l'état persiste : prurit intense, grattage, lichénisation et pachydermie très accusée au dos. Les lésions sont localisées à la région postéro-externe, spécialement aux membres inférieurs ».

« Divers traitements prescrits par divers médecins ne donnent pas de résultats durables. »

« Mentionnons que, pendant cette période, le Docteur Rodhain a recherché minutieusement *Onchocerca volvulus* chez cette malade sans la trouver (une biopsie cutanée a été faite). »

« Fin août 1942, fatiguée par le prurit et les insomnies, la malade se décide à entrer en clinique. »

« Etat actuel — Etat général bon. L'aspect cutané « correspond au prurigo filarien : lésions papulo-érosives pigmentées, surtout à la cuisse gauche, et région fessière. Lichénisation du dos diminuée. Prurit très pénible avec excoriations étendues. Les ganglions inguinaux qui ont été gonflés sont à peine palpables ».

« Aucun kyste à volvulus. Au pied, un petit kyste apparaît comme un hygroma : ponctionné, il donne un liquide filant ne

contenant pas de parasites. Aucune filaire ou microfilaire (sang centrifugé). Eosinophilie 13 %. Réaction de déviation du complément (extrait alcoolique de *Dirofilaria immitis*) : fortement positive ».

« *Diagnostic* : prurigo probablement filarien. Filariose volvulus absente. Filariose Loa très probable : séjour en région endémique — éosinophilie — gonflement de la main et du bras — réaction sérique ».

A la suite d'un traitement fait de repos, de calmants (bromure et chloral) et d'injections désensibilisantes, la malade est très améliorée après un séjour de vingt-cinq jours en clinique. « Mais les nouvelles reçues peu après montrent que la guérison ne s'est pas maintenue : au prurit s'est ajouté de l'urticaire et des gonflements erratiques au bras droit ».

Le second cas rapporté par les auteurs avait été observé par eux, d'une façon malheureusement sommaire, au Nepoko, région où *Filaria Loa* est très répandue. Il s'agissait d'une Européenne, ayant présenté des œdèmes filariens et ayant en outre un prurigo très marqué. Il n'y avait aucun nodule à *Onchocerca volvulus*.

Plus récemment, en 1946, A. Dubois (n° 15), au cours d'un voyage au Congo Belge, s'aperçut que l'existence de prurigos dus à Loa-loa était une notion admise par divers médecins qu'il rencontra, notamment à Stanleyville, et qui lui montrèrent des cas paraissant relever de cette étiologie. Il a publié lui-même, à cette époque, deux nouveaux cas, que nous nous permettons encore de reproduire *in extenso*, étant donné le petit nombre d'observations connues :

Observation 1.

« X..., quarante-trois ans, sexe masculin, réside au Congo, en particulier au Nepoko, où Loa-loa est commune, depuis 1932. Il n'a jamais eu les œdèmes de Calabar classiques, mais, en 1935, un énorme gonflement du bras.

L'adulte de Loa n'a pas été observé. Depuis 1943, il souffre de prurit, surtout nocturne.

« Examen en novembre 1945 : sujet robuste mais fort dérangé par le prurit et des éruptions urticariennes passagères. La peau du dos, des fesses, des bras présente des lésions de grattage et des érosions parfois un peu infectées. La peau n'est ni épaissie ni lichénisée. L'éruption manque aux régions exposées au soleil. Il n'y a aucun nodule d'onchocercose ; ganglions normaux. L'examen du derme par scarification ne montre que des microfilaires de Loa qu'on trouve aussi dans le sang. Eosinophilie 15 %. Diverses thérapeutiques, y compris l'auto-hémothérapie et la méthode de Barber et Oriel se sont révélées inefficaces ».

Observation 2.

« Y..., cinquante-huit ans, sexe masculin, au Congo (Nepoko) depuis vingt ans. A eu pendant quatre ou cinq ans des œdèmes filariens mais n'en a plus depuis plusieurs années. A eu une filaire passant dans l'œil. Souffre de prurit depuis 1936 ».

« Examen en décembre 1945 : prurigo typique du dos et de la poitrine avec épaississement notable de la peau. La recherche d'*Onchocerca volvulus* a été négative, aussi bien cliniquement que par scarifications dermiques (ces examens ont été faits très minutieusement par le Docteur d'Hooghe, qui a vu le malade peu avant et qui — on le sait — est tout particulièrement compétent en ce domaine) ».

« Une goutte épaisse, faite à l'occasion d'une affection fébrile récente, n'a montré aucun parasite. »

« En avril 1946, le patient présente encore des lésions excoriées et papuleuses, mais moins de pachydermie. Centrifugation de sang : néant ; goutte épaisse : néant ; frottis : éosinophilie 21 % ».

« Ici aussi, divers traitements ont été décevants... »

« Une certaine amélioration aurait été obtenue par la méthode de Barber et Oriel, qui consiste dans l'isolement de l'urine du malade d'une substance qu'on lui injecte. »

Après ces deux observations intéressantes de DUBOIS, il nous faut citer les onze cas que MM. MARGAROT, RIMBAUD, RAVOIRE et PERRIE ont rapportés en 1946 à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie (séance du 9 mai 1946) (n° 31).

L'attention de ces auteurs fut attirée par le cas d'un noir atteint d'un prurit tenace et dont l'examen du sang révélait une éosinophilie à 62 %. Un tel résultat faisait penser à une parasitose et l'examen d'une gouttelette de sang frais montra en effet la présence d'une quantité considérable de microfilaires diurnes (examen fait par le Professeur HARANT).

De nombreux soldats, originaires du Cameroun, étant hospitalisés dans le service de dermato-syphiligraphie pour des symptômes analogues, furent alors examinés. Chez onze d'entre eux (sur un total de trente), l'examen du sang révéla la présence de microfilaires diurnes. Ils étaient par contre indemnes d'onchocercose comme le montra l'exploration des lésions cutanées.

Les auteurs donnent des lésions observées la description que voici :

« ... Chez tous nos malades, le symptôme majeur était un prurit généralisé, sans prédominance nocturne, accompagné de lésions diverses (papules de prurigo, plaques diffuses lichénifiées et parfois eczématisées), occupant le dos, la nuque, les bras, les cuisses et paraissant exclusivement imputables au grattage. Chez l'un d'eux, l'aspect des téguments rappelait les épaississements ichtyosiformes avec lichénification et taches achromiques, décrits par OUZILLEAU et par LAIGRET et rattachés par ces auteurs à l'*Onchocerca volvulus*. On notait une pachydermie du tronc, lentement extensive, dont le début remontait à trois ou quatre mois. La peau s'était progressivement infiltrée, mais l'infiltration n'était pas uniforme et l'on remarquait en divers

endroits la présence de petits nodules de dimensions variables. A leur surface, les téguments déprimés et même atrophiés avaient un aspect chagriné rappelant la peau d'orange... ».

Aucune trace de tumeurs d'onchocercose. Aucun parasite dans le derme. Les microfilaires de Loa-loa ne purent être mises en évidence que dans le sang circulant. Il s'agissait donc bien à coup sûr de filariose Loa et cependant — fait remarquable — les œdèmes de Calabar ne furent trouvés que chez trois de ces malades.

Le traitement fut particulièrement décevant : l'anthiomaline, le rouge Congo, l'alcool intra-veineux successivement essayés restèrent sans résultats.

Les auteurs, sans vouloir apporter une modification aux notions classiques relatives à la symptomatologie de la filariose Loa, soulignent cependant que « si cette infestation comporte habituellement des œdèmes circonscrits considérés par FÜLLEBORN et CHANDLER comme une réaction anaphylactoïde locale, elle peut également se manifester par un prurit généralisé, résultant soit d'une irritation directe de la paroi des capillaires par les innombrables microfilaires, soit d'une sensibilisation générale ».

Notons qu'ils ne paraissent pas avoir eu connaissance des cas publiés antérieurement à leur travail personnel.

L'ANALYSE de cet ensemble de quinze cas, venant s'ajouter à notre observation exposée en détail, semble permettre, malgré leur nombre encore restreint, de dégager les quelques points suivants :

1°) Il existe dans la filariose Loa un syndrome cutané identique à celui qui est bien connu dans l'onchocercose, susceptible de prendre différents aspects, qui sont tous manifestement en rapport avec la parasitose concomitante.

2°) L'aspect le plus fréquent de ces manifestations cutanées est une éruption du type prurigo, faite d'éléments papulo-vésiculeux, rapidement excoriés, en nombre variable, disséminés sans ordre, avec cependant des territoires cutanés d'élection : le dos, la nuque, les régions lombaire et fessière, les membres, surtout dans leur face postéro-externe. La face, le cuir chevelu, les surfaces palmaires et plantaires, les organes génitaux, les muqueuses sont très généralement respectés.

Ces lésions s'accompagnent constamment de prurit, qui est le symptôme majeur, extrêmement tenace, plus ou moins généralisé, et dans la plupart des cas sans prédominance nocturne. Le plus souvent contemporain des lésions, il peut cependant les précéder et être le premier symptôme en date (observation de DUBOIS de 1946). Du fait de son intensité et de l'insomnie qu'il entraîne, il peut à la longue retentir sur l'état général.

Par suite du grattage et de l'évolution chronique, les éléments éruptifs peuvent se surinfecter et prendre le caractère pustuleux. Cette éventualité reste cependant très rare : nous n'avons vu apparaître, dans le cas de M. BROUET, une éruption de ce type qu'après cinq ans d'évolution. Dans les autres observations, une surinfection très légère n'est signalée qu'une fois (obs. n° 1 de DUBOIS — 1946).

Dans l'ensemble, prurit et prurigo évoluent par poussées successives, entrecoupés de périodes d'accalmie très variables, peuvent durer des années (sept ans dans le cas de M. BROUET), et semblent assez indépendants du degré de virulence de la parasitose elle-même.

Le caractère chronique et rebelle à tout traitement se confirme dans tous les cas.

L'existence de poussées d'urticaire, soit comme première manifestation, soit en alternance avec les poussées de prurigo a été notée dans deux observations (cas

de DUBOIS et VALCKE, 1942, et obs. n° 1 de DUBOIS, 1946).

Enfin, à côté de ces lésions de caractère aigu ou subaigu, prennent place des modifications d'allure chronique, dues vraisemblablement à l'action prolongée du grattage : la plus fréquente est la lichénisation. Elle peut s'installer rapidement (cas de M. BROUET et cas de DUBOIS et VALCKE, 1942) ou, au contraire, faire longtemps défaut (cas de DUBOIS, 1946).

La pachydermie est souvent relevée aussi, de même que nous l'avons vue dans l'onchocercose. Mais on la rencontre surtout dans des cas anciens, et plus encore chez les indigènes qu'ont observés MARGAROT et RIMBAUD.

Il en est de même des lésions plus accentuées, à type d'ichtyose, et des taches achromiques, décrites dans l'onchocercose par OUZILLEAU et LAIGRET (cf. p. 35) : elles sont signalées par MARGAROT, RIMBAUD, RAVOIRE et PERRIE chez l'un de leurs onze malades.

3°) L'incubation, si nous en jugeons par les seize observations dont nous disposons, semble bien difficile à préciser. Le délai qui s'écoule entre les premières manifestations de la filariose (qui sont d'ailleurs loin de coïncider nécessairement avec le début réel de celle-ci) et l'apparition de ces symptômes cutanés est des plus variables.

Le malade de M. BROUET vit apparaître ses premiers symptômes cutanés dès son retour en France, après un an de séjour au Sierra Leone.

Dans le cas de DUBOIS et VALCKE, le séjour à la Colonie avait été d'un an et demi, et ce n'est que treize mois après le retour en Europe qu'apparurent les premiers symptômes. Les œdèmes filariens se manifestèrent d'ailleurs ici postérieurement aux lésions de prurigo.

Dans les deux observations rapportées par DUBOIS en 1946, les phénomènes prurigineux furent très tardifs dans l'évolution de la filariose : celle-ci, après s'être affirmée de nombreuses années auparavant par des œdèmes caractéristiques, était devenue latente et n'aurait pu être mise en cause lorsque survint l'éruption cutanée, sans la présence, dans le premier cas, de microfilaires dans le sang, et d'une éosinophilie notable dans le second cas.

Quant au compte rendu des auteurs de Montpellier relatif à onze sujets originaires du Cameroun, il ne permet pas de connaître les dates respectives de début de la filariose et des manifestations cutanées, mais tout porte à penser que, chez ces soldats, l'infestation filarienne avait dû précéder de beaucoup l'éclosion des symptômes cutanés.

En résumé, le délai d'incubation est d'une durée fort variable, mais il ressort de ces observations qu'il est rarement inférieur à une année et peut être par contre beaucoup plus long. Il est d'autre part impossible d'établir aucun rapport chronologique entre les manifestations classiques que sont les œdèmes fugaces et erratiques de Calabar et les éruptions cutanées, ces dernières pouvant alterner avec les œdèmes, ou survenir alors que ceux-ci ont disparu depuis des années, ou encore être un symptôme isolé chez un sujet exclusivement porteur de microfilaires dans son sang ou d'une simple éosinophilie résiduelle.

4°) En dehors des symptômes cutanés, le seul signe rencontré avec une grande constance dans toutes les observations est l'éosinophilie : elle ne manque dans aucune et sont taux, jamais inférieur à 15 % peut atteindre les chiffres élevés de 60 et 62 % (cas de M. BROUET et cas de MARGAROT et RIMBAUD).

Rappelons qu'en ce qui concerne l'onchocercose, RODHAIN trouvait en 1931 chez cinq Européens porteurs

de kystes des taux variant de 4 à 35 % (n° 49). Cette éosinophilie lui est apparue « modérée, comparée à celle provoquée par Loa-loa. »

Cette notion a été confirmée par VAN DEN BERGHE en 1941 (n° 57), qui se montre très affirmatif sur ce point (1) : « Pour la filaire Loa, dit cet auteur, l'hémogramme accuse dans certains cas des pourcentages de 80 et plus d'éosinophiles, et le myélogramme des pourcentages de 60 myélocytes, métamyélocytes et granulocytes éosinophiles. Dans l'onchocercose non associée à d'autres filarioses, ces chiffres très élevés ne sont jamais atteints et ils oscillent entre 15 et 35 % d'éosinophiles dans les hémogrammes de mes observations. »

5°) Les adénopathies, d'observation inhabituelle dans la filariose Loa, sont signalées dans deux cas :

— celui de DUBOIS et VALCKE, où les ganglions inguinaux ont été « gonflés », puis sont redevenus à peine palpables à un examen ultérieur.

— celui de M. BROUET surtout, où les adénopathies se sont montrées d'une importance et d'une persistance insolites. Nous avons vu leur caractère clinique torpide, peu inflammatoire, sans périadénite et le diagnostic histologique de M. DELARUE : « adénite subaiguë chronique », remarquable par l'abondance des cellules éosinophiles.

On considère souvent ces adénopathies comme un des signes propres à l'onchocercose.

En réalité, ce fait est mis en doute par bien des auteurs. MONTPELLIER et LACROIX, qui les avaient observées dans un certain nombre de cas de « gale filarienne », les attribuaient, non à la filariose, mais à

(1) JOYEUX et SICÉ, dans leur Précis de Médecine Coloniale expriment la même opinion : « Une réaction éosinophilique très marquée est un bon signe de diagnostic » (1944).

l'éruption cutanée elle-même, en dehors de toute surinfection et ce point de vue fut réaffirmé par SAUVAGET dans sa thèse consacrée à l' « onchocercose dermique », où il écrit : « Les ganglions lymphatiques des territoires où surviennent les poussées éruptives sont augmentés de volume, durs, de la grosseur d'une noisette, mobiles, roulant sous le doigt, ne s'accompagnent jamais de périadénite, n'ont aucune tendance à suppurer. Ils se présentent donc avec les caractères des adénopathies syphilitiques ou mieux des adénites que l'on trouve dans les prurigos chroniques graves. »

D'autre part, les auteurs sont unanimes à reconnaître qu'il est assez rare de pouvoir mettre les microfilaires en évidence dans ces ganglions. Enfin, VAN DEN BERGHE (57), dont l'expérience repose sur un grand nombre de cas d'onchocercose, affirme que les hypertrophies ganglionnaires ne sont aucunement particulières à cette affection.

Nous pouvons donc conclure que leur constatation n'apporte aucun argument pour ou contre la filariose loa.

6°) L'état général est, dans l'ensemble, peu touché par l'évolution de la filariose cutanée. Toutefois le prurit, par son intensité, sa ténacité, peut à la longue entraîner une fatigue marquée.

L'apyrexie est également la règle.

Dans deux observations cependant — celle de DUBOIS et VALCKE en 1942 et l'obs. n° 2 de DUBOIS en 1946 —, des épisodes fébriles mal définis ont été indiqués. Rappelons simplement à ce sujet, que, dans leur « gale filarienne », MONTPELLIER et LACROIX avaient signalé quelques mouvements fébriles coïncidant avec les accès prurigineux.

7°) Les signes classiques propres à la filariose Loa et pathognomoniques sont malheureusement très inconstants :

Les œdèmes fugaces et erratiques de Calabar n'ont été rencontrés que six fois sur seize cas, et ont été remplacés dans un autre cas par « un énorme gonflement du bras » qui fut considéré comme un phénomène équivalent. Nous avons vu d'autre part qu'au point de vue chronologique, ils sont indépendants des éruptions cutanées.

Quant au passage de la filaire sous la conjonctive, il n'est relaté que dans l'une des deux observations de Dubois.

Enfin la découverte des microfilaires dans le sang a fait défaut dans trois cas sur quinze.

Les éléments du diagnostic pourront donc se grouper de façon très variable selon les cas.

Le Diagnostic.

Pour toutes les raisons que nous venons d'énumérer, il peut se heurter dans certains cas à de grandes difficultés.

Il comporte schématiquement deux étapes :

1°) *En présence des symptômes cutanés que nous avons décrits, comment évoquer la possibilité d'une filariose ?*

Une telle éventualité est évidemment présente à l'esprit du médecin colonial. Mais devant un sujet atteint de prurigo tenace examiné en Europe, de tels symptômes, assez peu évocateurs par eux-mêmes, risquent de ne pas attirer l'attention. D'où l'importance capitale de :

— *L'Interrogatoire,* révélant soit des antécédents déjà connus de filariose, soit simplement un séjour dans une région d'endémicité filarienne.

— *L'Eosinophilie* sanguine, dont la découverte orientera beaucoup vers la recherche d'une telle parasitose.

— *Les Réactions biologiques* enfin (fixation du complément, Cuti - Réaction, Intradermo - Réaction), d'usage assez courant aujourd'hui grâce à l'emploi de l'antigène de *Dirofilaria immitis,* pourront apporter un argument de grande valeur.

2°) *Le Diagnostic de Filariose étant posé, de quelle variété s'agit-il ?*

Dans certains cas, aucune difficulté : le malade est porteur de kystes d'onchocercose aisément décelables, ou au contraire a présenté les œdèmes fugaces erratiques dits de Calabar, parfois même a vu passer la filaire Loa adulte sous la peau ou sous la conjonctive.

Mais ce n'est pas la règle : les œdèmes de Calabar sont pathognomoniques mais très inconstants; le passage de la filaire en un point où la peau est assez fine pour la rendre visible ou sous la conjonctive est encore plus rare.

Chez bien des sujets porteurs de Loa-Loa, la preuve ne peut être apportée que par la découverte des microfilaires du sang, prélevé de jour. Mais celle-ci elle-même est inconstante, nous l'avons vu.

A défaut de l'une de ces preuves directes, on sera encore très orienté vers la filariose Loa :

— si le malade a fait un séjour dans une région où celle-ci est très répandue, à l'exclusion de l'onchocercose (voir plus loin) ;

— s'il présente une éosinophilie d'un taux très élevé, atteignant ou dépassant 60 % — signe de grande valeur.

— s'il présente une intradermo-réaction fortement positive à l'antigène filarien.

Mais dans d'autres cas on ne pourra songer à la filaire Loa que par élimination de l'onchocercose.

Il est plus facile en effet d'éliminer cette dernière que la filariose Loa : s'il est vrai que la découverte des kystes à onchocerques est parfois impossible, par contre l'existence des microfilaires d'onchocerca v. dans le derme est considérée comme à peu près constante par la plupart des auteurs (cf. p. 36).

Au contraire, on est unanime à reconnaître que la microfilaire diurne est rigoureusement sanguicole et ne se rencontre jamais dans le derme (1).

On pourra donc, en présence d'un sujet atteint d'un syndrome cutané prurigineux, ayant fait un séjour dans une région où sévit la filaire Loa, présentant une éosinophilie sanguine notable, des réactions biologiques positives à l'antigène filarien, indemne de tout symptôme clinique et histologique d'onchocercose, conclure à la filariose Loa avec une très grande probabilité.

Traitement.

Depuis l'époque lointaine où le « craw-craw » apparaissait à O'Neil aussi peu influencé par sa thérapeutique que par les remèdes indigènes, il faut avouer que les médecins n'ont pas fait de progrès sensibles dans le domaine du traitement des filarioses, qui reste tout à fait décevant.

De toutes les méthodes proposées, la seule véritablement efficace et indiquée, lorsqu'elle est possible, est l'extraction de la filaire adulte. Pratiquement, celle-ci n'est réalisable que dans un seul cas : celui où le médecin, appelé pour les troubles oculaires que déclenche le passage de *Filaria loa* sous la conjonctive, arrive

(1) Le cas de Dubois de 1946 est à cet égard tout à fait exceptionnel.

assez tôt pour saisir la filaire au moyen d'une pince, et l'extraire grâce à une petite incision de la conjonctive pratiquée aux ciseaux fins. (Les indigènes opèrent eux-mêmes au moyen d'une épingle). Encore faut-il, pour que ce geste ait une utilité certaine, que le ver extirpé soit l'unique exemplaire dont le malade est porteur, ce qui est certainement peu fréquent. Sachant d'autre part la rareté du passage de la filaire sous la conjonctive, nous voyons combien sont réduites les chances de guérison par ce moyen « chirurgical ».

L'extraction de la filaire sous-cutanée est encore plus improbable. ELLIOT aurait employé des compresses chaudes pour attirer le parasite à la surface des téguments (1).

Quant aux médications qui ont été essayées, elles sont fort nombreuses. Mais ce sont surtout les arsénicaux, en particulier le Sulfarsénol, et les antimoniaux, notamment l'Anthiomaline, qui ont été conseillés et ont pu donner des résultats satisfaisants à certains auteurs.

Le Sulfarsénol a permis en 1932 à MM. GOUGEROT et BLUM (n° 21) de guérir complètement une filariose Loa qui avait été contractée au Gabon. Deux séries d'injections sous-cutanées de Sulfar, la première totalisant 0,48 gr., la seconde 1,08 gr., amenèrent une disparition des œdèmes, vérifiée six mois plus tard.

Ces auteurs ont publié deux autres résultats non moins heureux en 1935 (n° 22) et en 1938 (n° 23). Dans ce dernier cas, la filariose Loa avait une symptomatologie complète et ne faisait aucun doute (filaire sous-conjonctivale, œdèmes mobiles, prurit — nombreuses microfilaires dans le sang). Une seule série d'injections intra-veineuses de Sulfar — dose totale 2,40 gr., — amena une guérison clinique complète en

(1) Nous avons emprunté dans ce paragraphe, plusieurs indications au Précis de Médecine Coloniale de JOYEUX et SICÉ.

trente-quatre jours avec disparition des microfilaires du sang.

L'Anthiomaline a donné à M. CHARPY en 1939 (n° 10) un résultat favorable dans le traitement d'un cas exceptionnel de filariose Loa chez un sujet ayant séjourné au Congo Belge, qui présentait encore, seize ans après son retour en Europe, des manifestations aussi intenses qu'au début de sa maladie : six injections d'Anthiomaline totalisant 0,72 gr., amenèrent la guérison des symptômes, maintenue cinq mois plus tard.

Ces différents résultats restent malheureusement exceptionnels et beaucoup d'auteurs considèrent ces médications comme le plus souvent inefficaces. Notons que les régressions spontanées qui surviennent au cours de l'évolution de cette filariose rendent assez difficile l'interprétation de ces traitements. Il faut exiger un test solide pour apprécier la guérison : le meilleur est sans doute la disparition de l'éosinophilie.

D'autres médicaments ont été essayés. Citons pour mémoire les sels d'or, le Rouge Congo, l'alcool intraveineux...

Des applications prudentes de Radiothérapie pénétrante auraient donné quelques essais encourageants.

Les désensibilisants habituels (hyposulfite de soude, auto-hémothérapie...), ont été utilisés sans plus de succès.

VALCKE et DUBOIS (n° 55) regrettent de n'avoir pu tenter des injections désensibilisantes d'extrait filarien, faute de posséder de la poudre de *Dirofilaria.*

Bien entendu, les calmants pourront être employés en cas de prurit particulièrement intense.

Dans certains cas le séjour prolongé en climat froid a pu amener la disparition des accidents. Nous avons vu cependant combien l'affection peut être tenace chez des malades rentrés en Europe depuis des années.

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE (1).

Comme nous l'avons remarqué, sa connaissance peut orienter le diagnostic dans certains cas. Il serait surtout utile de connaître les régions où seule la filaire loa est endémique. Malheureusement, les répartitions géographiques de *Filaria loa* et d'*Onchocerca volvulus* paraissent le plus souvent superposables. Bien des travaux sont d'ailleurs nécessaires pour préciser la topographie exacte de ces différentes filarioses en Afrique, et les renseignements qu'il est possible de recueillir sont bien sporadiques. Aussi donnons- nous sous toutes réserves les quelques indications suivantes :

Dans l'ensemble *Filaria loa* est répandue en Afrique Occidentale et plus encore en Afrique Equatoriale.

En Afrique Occidentale, on la rencontre surtout au Sierra Leone et au Nigeria. Elle serait fréquente également au Togo, plus rare au Niger français. Elle a été signalée également en Guinée et au Dahomey.

En Afrique Equatoriale, elle existe au Congo Belge, (surtout dans l'Ouellé et le Nepoko), dans le Moyen-Chari et le Haut-Oubangui. Au Gabon (2) et au Cameroun, elle serait la filaire la plus répandue avec *Acanthocheilonema perstans*. On l'observe également dans l'Angola.

---

(1) Nous empruntons ces indications aux auteurs suivants : BRUMPT — Précis de Parasitologie, 1936.
JOYEUX et SICÉ — Précis de Médecine Coloniale, 1944.
LÉGER et MARTIN — (Encyclopédie Médico-Chirurgicale).
LEDENTU et PELTIER — Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales, 1937, p. 906.

(2) Cette colonie est tout particulièrement infestée par Loa-loa, tandis que l'onchocercose y serait peu connue. Ce fait est signalé notamment par THOULON (déjà cité) et par BLANC et BORDES (« Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés ». Doin, 1938).

Elle existerait en certains points de l'Ouganda, mais ne semble pas avoir été signalée sur la Côte Orientale.

Dans l'ensemble, elle existe « approximativement depuis le Sierra Leone et le Nigeria où son cycle a été étudié, jusqu'au sud de l'Angola » (JOYEUX et SICÉ).

PROPHYLAXIE.

La meilleure consisterait à détruire les insectes vecteurs qui sont deux tabanidés, *Chrysops dimidiatus* et *Chrysops silaceus*. Cette destruction est actuellement impossible, les gîtes larvaires de ces insectes n'étant pas connus (BRUMPT). Aussi doit-on se contenter d'éviter les piqûres de ces tabanidés par le port de vêtements, couvrant spécialement les jambes et les chevilles, qu'ils attaquent plus particulièrement.

LA PATHOGENIE

Nous n'avons pas la prétention d'ajouter une nouvelle hypothèse à celles, déjà nombreuses, qui ont été proposées pour l'interprétation pathogénique de ces dermatoses filariennes. Mais jusqu'à maintenant, les auteurs qui ont étudié ce problème n'ont pris en considération que les phénomènes éruptifs dus à la filaire *Onchocerca volvulus,* jusqu'alors seule mise en cause, et ont pris pour base de la discussion les faits connus relativement à la biologie de cette filaire au sein de l'organisme humain, en particulier, la localisation des formes adultes et des embryons dans les tissus. L'hypothèse allergique, dernière proposée, qui réunissait déjà de nombreux arguments en ce qui concerne les prurigos dus à l'onchocercose, nous semble en trouver de nouveaux dans l'interprétation des éruptions dues à la « *Filaria loa* ». Il paraît bien certain en effet, que le mécanisme pathogénique des phénomènes éruptifs doit être le même dans les deux parasitoses, ne serait-ce qu'en raison de la similitude complète du tableau clinique dans les deux cas. Il est donc assez logique de penser que les caractères propres à l'évolution de la filaire Loa dans l'organisme, doivent être susceptibles d'apporter aux débats quelques éléments supplémentaires et d'avoir une incidence sur l'interprétation de l'ensemble des faits observés.

*
**

Un rappel historique des différentes théories émises nous paraît tout d'abord nécessaire.

1°) *L'action directe des parasites sur le derme.*

O'Neil, trouvant une filaire dans les papulo-pustules de son craw-craw, semblait la rendre responsable de l'éruption constatée chez ses malades. Ce point de vue a été soutenu également, entre autres, par Ouzilleau et Laigret (n° 42, p. 728), qui envisageaient, semble-t-il, une action mécanique entraînant des phénomènes inflammatoires et prurigineux.

Comme l'a fait remarquer D'Hooghe (n° 12), si cette hypothèse était exacte, l'éruption devrait débuter dans le voisinage immédiat des kystes onchocerquiens à partir desquels les microfilaires émigrent pour se répandre ensuite à distance dans la profondeur du derme. Or il n'en est rien : le plus souvent, en effet, l'éclosion des premiers éléments éruptifs se fait en des points très éloignés des tumeurs-mères.

De plus, comme l'avaient bien remarqué Montpellier et Lacroix, les microfilaires sont très souvent absentes au niveau de lésions cutanées importantes, abondantes en des territoires indemnes de toute modification pathologique.

Nous avons vu enfin que la plupart des auteurs ont affirmé l'existence quasi-constante de microfilaires dans le derme des volvuleux, indépendamment de toute manifestation cutanée.

2°) *Les lésions cutanées seraient la conséquence du grattage, les microfilaires seulement responsables du prurit.*

Telle était l'opinion de MONTPELLIER et LACROIX qui rejetaient, pour les raisons précédentes, l'hypothèse d'une action directe du parasite :

« Il est probable, écrivaient-ils, que les différentes lésions qui constituent l'éruption consistent surtout en phénomènes réactionnels consécutifs au grattage et aux infections secondaires, plutôt qu'en inflammation essentiellement parasitaire... nous n'avons jamais trouvé ces parasites dans la sérosité ni le pus des éléments éruptifs ».

Ils faisaient de leur gale filarienne un « prurigo parasitaire interne », se rapprochant donc d'une interprétation plus générale des faits, mais considéraient que les poussées de prurigo étaient directement liées aux décharges de microfilaires qui se produisent lors de la ponte des filaires, à partir des kystes.

3°) *Le rôle des piqûres de simulies.*

Pour GIBBINS et LOEWENTHAL (1933, n° 17), les éléments éruptifs de la « gale filarienne » ne seraient qu'une simple réaction d'une peau particulièrement sensible aux piqûres de « *Simulium damnosum* », agent vecteur de l'onchocercose, et cela quel que fut le degré d'infestation du derme par les microfilaires, et même en l'absence de toute infestation. La parasitose ne serait alors aucunement responsable, pour ces auteurs, de l'éruption observée.

Une telle interprétation paraît bien peu logique et deux constatations suffisent à la réfuter d'emblée : les lésions éruptives s'observent avec une particulière fréquence en des régions du corps non exposées à la piqûre, — la dermatose continue à se manifester chez des Européens revenus dans la métropole sous la forme de poussées récidivantes qui n'ont évidemment aucun rapport avec les piqûres de ces insectes.

Il existe cependant des réactions locales déclenchées par les piqûres des simulies, que d'HOOGHE attribue à l'action de leur salive, et qui se présentent sous l'aspect d'une papule urticarienne éphémère. Cet auteur a bien précisé que ces éléments n'ont rien de commun avec ceux du prurigo chronique et il ajoute :

« Au sujet des réactions que provoquent les piqûres des simulies, nous avons observé un fait bien connu par les résidents locaux européens et qui nous paraît digne d'être signalé. Certains sujets voient, quelque temps après leur arrivée, disparaître entièrement la réaction; d'autres ne présentent plus qu'une petite papule rouge prurigineuse; d'autres continuent à montrer la papule urticarienne type ».

4°) *L'hypothèse allergique.*

Les premiers, RODHAIN et DUBOIS l'ont envisagée et ils écrivaient en 1931 (n° 49) :

« ... Nous nous sommes demandés s'il ne convenait pas plutôt de faire intervenir un état de sensibilisation, d'allergie vis-à-vis de l'antigène filarien, variable de sujet à sujet et si la cuti-réaction ne pourrait montrer l'existence de cette allergie ».

Nous ne revenons pas sur les travaux postérieurs à ceux de ces auteurs, qui ont démontré l'existence d'une allergie cutanée chez les filariens et abouti à la mise en pratique de réactions utiles pour le diagnostic : nous les avons résumés (cf. p. 40).

Mais remarquons que l'existence d'une allergie cutanée dans ces filarioses n'implique pas nécessairement que celle-ci soit responsable des lésions observées. En effet, cette allergie existe chez tous les filariens, atteints ou non d'éruption de prurigo; de plus, les réactions sont communes à plusieurs espèces de filaires, comme nous l'avons vu. Cependant, la plupart

des auteurs ont reconnu que les réactions cutanées étaient nettement plus intenses chez les sujets porteurs de lésions éruptives (d'HOOGHE, n° 12).

Ces phénomènes allergiques ont été interprétés différemment d'ailleurs suivant les auteurs, et la théorie comporte des variantes :

— Pour certains, l'antigène serait produit par les microfilaires, qui seraient alors responsables des phénomènes locaux.

— Pour d'autres auteurs, les microfilaires ne deviendraient pathogènes qu'après l'action sensibilisante préalable de l'organisme par les macrofilaires.

— Pour d'autres enfin, les macrofilaires seules seraient productrices d'antigène, soit au moment des émissions de microfilaires, soit indépendamment de celles-ci. Les microfilaires ne joueraient alors aucun rôle dans la production des réactions cutanées.

Cette hypothèse a été soutenue en particulier par J. CARO (cité par VAN DEN BERGHE), RODHAIN et DUBOIS, BRUYNOGHE, d'HOOGHE. Ce dernier écrit :

« Nous attribuons les manifestations prurigineuses de la volvulose cutanée aux réactions allergiques sous la dépendance de l'antigène déversé par les macrofilaires dans l'organisme humain sensibilisé. Les microfilaires, qui s'accumulent dans le derme, ne nous paraissent jouer qu'un rôle tout à fait secondaire dans le déclenchement de ces réactions allergiques ».

D'autre part, RODHAIN et BRUYNOGHE, injectant des extraits de microfilaires de *Loa-loa* et de *Dirofilaria immitis* à des lapins, des cobayes, des rats et des chiens non parasités par les macrofilaires, n'ont pu obtenir aucune réaction allergique et n'ont pu conclure au rôle antigénique et pathogène des microfilaires.

Quoi qu'il en soit, cette hypothèse allergique a le mérite d'expliquer :

— l'inconstance des manifestations cutanées chez les onchocerquiens, porteurs ou non de microfilaires dans leur derme;

— le non parallélisme entre l'état de la peau et l'abondance des microfilaires dans le derme;

— le fait, depuis longtemps signalé par M. BRUMPT, de l'absence de rapport entre le siège des kystes (le thorax généralement) et celui des lésions cutanées (membres, régions fessière et lombaire presque toujours).

***

Si nous considérons maintenant les cas de dermatoses filariennes dues à Loa-loa, nous voyons qu'elles apportent encore à cette hypothèse de nouveaux arguments :

1) Dans cette filariose, en effet, les microfilaires n'existent jamais dans le derme et sont rigoureusement sanguicoles (1).

2) Dans plusieurs des observations que nous avons réunies, notamment celle de M. BROUET que nous avons présentée, les malades, pourtant atteints d'éruptions prurigineuses intenses et tenaces avec intradermoréaction fortement positive, n'ont jamais présenté de microfilaires dans le sang, malgré des examens répétés, avec centrifugation. Il est bien difficile dans ces cas d'invoquer le rôle des microfilaires. Le rôle de la filaire adulte dans la production des toxines antigéniques paraît infiniment plus probable.

3) Depuis longtemps FÜLLEBORN (1913), puis CHANDLER ont pensé que les œdèmes fugaces et erratiques sont « dus à de véritables phénomènes d'ana-

(1) OUZILLEAU ne les a jamais trouvées dans le derme de sujets indemnes de volvulose et profondément infestés par *Filaria Loa* (n° 42).

phylaxie locale dans le tissu cellulaire sous-cutané (1) ». Comment ne pas être tenté alors de voir dans les éruptions prurigineuses le résultat d'une anaphylaxie généralisée due à la diffusion dans l'organisme des mêmes antigènes produits par la filaire adulte.

En résumé, l'hypothèse allergique permet de faire entrer ces dermatoses filariennes dans le cadre général des prurigos chroniques :

« Cette hypothèse, écrit d'HOOGHE, se confond avec la thèse de L. BROCQ à propos du prurigo simplex : « Le prurigo simplex est un syndrome clinique dont l'étiologie semble être à peu près la même que celle des urticaires. C'est une dermatose allergique déclenchée par un antigène transporté dans la peau par voie sanguine, l'état allergique paraissant n'intéresser que quelques îlots disséminés de cellules ».

(1) Cité par LÉGER et MARTIN dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale.

CONCLUSIONS

I. — Une quinzaine d'observations semblent démontrer qu'à côté des œdèmes fugaces et des phénomènes oculaires qui résument classiquement la symptomatologie de la filariose Loa, on doit faire place à des éruptions cutanées à type de prurigo, évoluant par poussées, tout à fait superposables à celles qui ont été décrites dans l'onchocercose sous le nom de « gale filarienne ».

II. — Ces dermatoses sont susceptibles de persister pendant des années, en l'absence de tout autre signe clinique de la filariose, et même lorsque les malades ont quitté la région où ils ont contracté la maladie. Tel peut être en particulier le cas d'Européens rentrés à la métropole, après un séjour en Afrique Equatoriale.

III. — Le diagnostic peut être difficile dans les cas où ce prurigo paraît isolé, les autres signes habituels de la filariose faisant défaut. C'est alors que, outre la notion du séjour en milieu endémique, et l'onchocercose étant éliminée, deux éléments peuvent être d'une grande valeur : l'existence d'une éosinophilie sanguine importante et d'une intradermo-réaction nettement positive à l'antigène filarien.

IV. — Difficilement influencés par la thérapeutique, ces prurigos guérissent spontanément après une évolution plus ou moins longue.

V. — La théorie allergique, déjà considérée comme la plus acceptable pour expliquer les dermatoses filariennes, jusqu'alors attribuées à la seule onchocercose, nous paraît consolidée par l'existence de manifestations identiques au cours de la filariose Loa.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de thèse
LAVIER

Vu et Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

Abréviations :

B. S. P. E. = *Bulletin de la Sté de Pathologie Exotique* .

A. S. B. M. T. = *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*

1 — Blanchard et Toullec. — Les grands syndromes en pathologie exotique. Doin, 1931.

2 — Blanchard et Laigret. — Recherches sur la transmission d'*Onchocerca volvulus* par divers parasites hématophages. (*B. S. P. E.*, 14 mai 1924.)

3 — Bonnaud. — *Filaria Loa*. (*Thèse*, Montpellier, 1907-1908, n° 2.)

4 — Brumpt. — (*Société de Biologie*, 16 avril 1904 et 16 mai 1904, p. 758.) « Les filarioses en Afrique. »

5 — Brumpt. — Au sujet des rapports entre l'*Onchocerca volvulus* et la « gale filarienne ». (*B. S. P. E.*, XIII, 1920, p. 535.)

6 — Brumpt. — Précis de Parasitologie, 1936, p. 989.

7 — Bruynoghe (G.). — Propriétés antigéniques de la microfilaire de *Dirofilaria immitis*. (*A. S. B. M. T.*, 1939, 30 sept., t. 19, pp. 335-353.)

8 — Caro (J.). — Au sujet de deux cas d'œdèmes de Calabar, 1927. (*B. S. P. E.*, vol. 20, n° 10, p. 277.)

9 — Chandler (A.-C.), Milliken (G.) et Schuhardt (V.-T.). — Production of typical Calabar swelling in Loa patient by injection of *Dirofilaria* antigen ; comments on nature of Calabar swellings. (*Am. J. Trop. Med.*, 10 : p. 345-351, sept. 1930.)

10 — Charpy. — Un cas de « *Filaria Loa* » évoluant depuis seize ans par intermittence et guéri par l'anthiomaline. (In : *Bull. Soc. Franç. de Derm. et Syphil.*, n° 2, 1939, p. 180.)

11 — de Choisy (H.). — Thérapeutique des filarioses par l'anthiomaline : observations. (*Revue de Médecine et d'Hygiène Tropicale*, t. 29, nov.-déc. 1937, pp. 294-296.)

12 — D'Hooghe. — Contribution à l'étude de l'onchocercose humaine dans l'Uélé. (*A. S. B. M. T.*, t. 14, (1934), p. 153 ; t. 15, (1935), p. 159.)

13 — Dubois (A.). — Le rôle pathogène d'*Onchocerca volvulus*. (*B. S. P. E.*, 1916, pp. 305-309.)

14 — Dubois (A.). — Filarioses. (In : *Bruxelles Médical*, n° 2, 1925.)

15 — Dubois (A.). — Prurigo et Loa-loa. (*A. S. B. M. T.*, 1946, p. 109.)

16 — Fairley (Hamilton). — (*Trans. Royal Society Trop. Med. and Hygiene*, 1931, vol. XXIV, cité par Rodhain et Dubois.)

17 — Gibbins et Loewenthal. — Cutaneous onchocerciasis in a S. damnosum infested Region of Uganda. (*Ann. Trop. Med. and Parasitology*, vol. XXVII, n° 4, 20 déc. 1933, pp. 489-496.)

18 — Gougerot et Voillemot. — A propos d'un cas de craw-craw. Traitement par l'hectine et le permanganate de potasse. (*Bull. de la Sté Franç. de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1914, p. 22.)

19 — Gougerot. — Le craw-craw. (*Journal des Praticiens*, 1917, p. 163.)

20 — Gougerot et Ragu. — Craw-craw d'origine inconnue guérissant par le 914. Nécessité de réviser et de dissocier le craw-craw. (*Sté de Dermatologie*, 13 nov. 1930, p. 1160.)

21 — Gougerot et Blum (P.). — *Filaria Loa*. Traitement par injections hypodermiques de sulfarsphénamine. (*Bull. Sté Franç. de Dermatologie et Syphiligraphie*, t. 39, janvier 1932, p. 154-155.)

22 — Gougerot et Blum. — Un cas de *Filaria Loa* guéri par des injections sous-cutanées de sulfarsénol. (*Archives Dermato-Syphiligraphiques de la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis*, mars 1935, n° 25, p. 111.)

23 — Gougerot et Blum. — « Nouveau cas de « *Filaria Loa* » guéri rapidement par le sulfarsénol ». (*Bull. Sté de Dermatologie et Syphil.*, nov. 1938, p. 1634.)

24 — Gougerot et Duperrat. — Révision du craw-craw : granulome, etc... (*Sté de Dermat. et Syphil.;* in : *Annales de Dermat. et Syphil.*, 1943, p. 92.)

25 — Hissette. — Mémoire sur *Onchocerca volvulus* et ses manifestations oculaires au Congo belge. (*A. S. B. M. T.*, 1932, p. 433.)

26 — Joyeux. — Quelques travaux récents sur les onchocercoses. (*Revue Coloniale de Médecine et de Chirurgie*, n° 49, 15 juillet 1933.)

27 — Joyeux et Sautet. — Culture de la microfilaire de *Dirofilaria immitis*. (*Comptes-Rendus de la Sté de Biologie*, 1937, pp. 361-362.)

28 — Joyeux et Sicé. — Précis de Médecine Coloniale, 1944.

29 — Laigret. — Onchocercosé humaine et éléphantiasis au Soudan français. (*B. S. P. E.*, t. XXII, 1929, pp. 618.)

30 — Le Dantec (A.). — Précis de Pathologie Exotique, 1924.

31 — Margarot et Rimbaud, Ravoire et Perrie. — (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, sept. 1946, p. 465.) « Filariose loa-loa et manifestations cutanées. »

32 — Marill et Alcay. — Essais de traitement de l'onchocercose cutanée. (*B. S. P. E.*, 1941, p. 239-241.)

33 — Marty et Kérandel. — (*B. S. P. E.*, 1917, p. 808.)

34 — Montpellier et Lacroix. — Le craw-craw ou « gale filarienne » : son origine dans les kystes sous-cutanés à *Onchocerca volvulus*. (*B. S. P. E.*, 1920, 21, p. 305.)

35 — Montpellier, Degouillon et Lacroix (A.). — (*B. S. P. E.*, 1920, p. 530 (7 juillet).

36 — Montpellier, Degouillon et Lacroix. — Note complémen-

taire au sujet de la gale filarienne et de son évolution. (*B. S. P. E.*, 13 avril 1921, pp. 211-214.)

37 — Montpellier et Béraud. — La filario-réaction chez les sujets atteints de « gale filarienne » (onchocercose dermique). (*Bull. Sté Franç. de Dermat. et Syphil.*, Paris, 1921, XXVIII, p. 344-346.)

38 — Montpellier et Lacroix. — La gale filarienne. Contribution à l'étude du craw-craw. Alger, 1922.

39 — Montpellier. — La gale filarienne. (*Revue Franç. de Dermatologie et Vénéréologie*, 1927, p. 260.)

40 — O'Neil. — On the presence of a filaria in craw-craw. (*The Lancet*, vol. I, 20 février 1875, p. 265.)

41 — Ouzilleau. — L'éléphantiasis et les filarioses dans le M'Bomou (Haut-Oubangui). Rôle de la filaire volvulus. (*Annales de Méd. et Hyg. Col.*, t. XVI, 1913.)

42 — Ouzilleau, Laigret et Lefrou. — Contribution à l'étude de l'Onchocercose volvulus. (*B. S. P. E.*, t. XIV, 1921, pp. 717-728.)

43 — Richet (P.). — La volvulose dans un cercle de la Haute Côte d'Ivoire. Ses manifestations cutanées et oculaires. (*Communication à la Sté de Médecine et Hygiène Coloniales de Marseille* le 1er déc. 1938; in : *B. S. P. E.*, 1939, p. 341.)

44 — Ridley. — Onchocercose oculaire, enquête en Côte de l'Or. (*Monographie supplément du British Journal of Ophtalm.*, (1945) ; Analyse in : *Revue Col. de Médecine et Chir.*, 15 déc. 1947, p. 222.)

45 — Rodhain (J.) et Van den Branden. — Recherches diverses sur la filaire *Onchocerca volvulus*. (*B. S. P. E.*, t. IX, 1916, pp. 186-198.)

46 — Rodhain (J.). — Observations diverses concernant *Onchocerca volvulus*. (*B. S. P. E.*, 1920, pp. 848-858.)

47 — Rodhain et Houssiau. — Onchocercose volvulus chez les Européens au Congo belge. (*Bull. Acad. Royale de Méd. de Belgique*, 1930, p. 86.)

48 — Rodhain (J.). — Rôle pathologique des filarioses en Afrique tropicale. Diagnostic par les réactions d'allergie. (*B. S. P. E.*, 1931, (t. 24), pp. 882-897.)

49 — Rodhain et Dubois. — Observations de cas de parasitisme par *Onchocerca volvulus* chez l'Européen. Réactions cutanées. Allergie. (*Revue Belge des Sciences Médicales*, t. III, 1931.)

50 — Rodhain (J.) et Valcke (G.). — Quatre nouveaux cas de filariose à *Onchocerca volvulus* chez des Européens. (*A. S. B. M. T.*, t. 15, (1935), p. 361.)

51 — Sauvaget. — Contribution à l'étude de la gale filarienne. Onchocercose dermique. (*Thèse*, Alger, 1926.)

52 — Stéfanopoulo (G.). — Prurigo filarien ou gale filarienne dans un cas de filariose à Loa. Présentation de malade. (*B. S. P. E.*, 1942, p. 157.)

53 — Thoulon (L.). — Complications des filarioses observées au Gabon. (*B. S. P. E.*, t. 25, (1932), pp. 234-237.)

54 — Tisseuil. — Troubles de la vue et onchocercose cutanée au Sénégal. (*B. S. P. E.*, (38, n° 9-10), sept.-oct. 1945, p. 311.)

55 — Valcke (G.) et Dubois (A.). — Loa-loa et prurigo filarien. (*A. S. B. M. T.*, 1942, (t. 22), pp. 325-327.)

56 — Van den Berghe. — Localisation extra-nodulaire de *Onchocerca volvulus*. Rapport préliminaire. (*A. S. B. M. T.*, t. 16, 1936, pp. 548-551.)

57 — Van den Berghe. — Recherches sur l'onchocercose au Congo belge. (*A. S. B. M. T.*, 1941, trois mémoires : p. 63 — « Transmission d'*Onchocerca volvulus* par les simulies »; p. 267 — « Les vers adultes et leur localisation chez l'homme »; p. 287 — « Les aspects cliniques de l'onchocercose humaine ».)

58 — Van Hoof. — Serological reaction in onchocerciasis. (*Transaction Society Trop. Med. and Hygiene*, vol. XXVII, n° 6, p. 609.)

Imprimerie
R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
PARIS (XIVe)